



FLACSO
C H I L E

**EVALUACIÓN DE PROGRAMA DE POBLACIONES
VULNERABLES PRIORITARIAS DEL AREA DE PREVENCION
NACIONAL DE CONASIDA**

INFORME FINAL

Para CONASIDA - Ministerio de Salud

FLACSO - Chile

9 septiembre del 2005

INDICE

PRESENTACIÓN	4
a) Objetivos de la evaluación	5
b) Organización de la evaluación, metodología y muestras	5
c) Organización del Informe	7
I CRITERIOS TÉCNICO POLÍTICOS DE CONASIDA PARA HSH, TS Y PT	8
1. Objetivos estratégicos y estrategias de prevención	11
2. Los Objetivos Sanitarios MINSAL 2000-2100 sobre VIH/SIDA. Situación epidemiológica en las PVP	12
3. Las PVP y los criterios técnicos para su definición	12
4. Conclusiones y recomendaciones sobre objetivos sanitarios y estrategias de prevención hacia las PVP	20
II “DESCENTRALIZACIÓN” DE LAS POLÍTICAS Y PLANES REGIONALES INTERSECTORIALES DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y ETS	21
1. La descentralización de la prevención del VIH/SIDA y las ETS	22
2. La intersectorialidad y la prevención del VIH/SIDA y ETS	26
3. Conclusiones y recomendaciones sobre el Plan Nacional de Prevención del VIH/SIDA y las ETS y su focalización en las PVP	29
4. Conclusiones y recomendaciones sobre CONASIDA y la prevención del VIH/SIDA y ETS en las PVP, en el nuevo contexto institucional, según los informantes clave	31
III RELACIÓN “ESTADO-SOCIEDAD CIVIL” Y MODALIDADES ASOCIATIVAS EMPRENDIDAS EN EL TRABAJO CONJUNTO	33
1. La asociación con la sociedad civil para la prevención del VIH/SIDA y ETS y las PVP	33
2. Las OSC y el trabajo asociativo de prevención en HSH	37
3. Las OSC y el trabajo asociativo de prevención Trabajadoras/es Sexuales	38
4. Las OSC y el trabajo asociativo de prevención en Personas Transgénero (PT)	39
5. Conclusiones y recomendaciones sobre la asociatividad con las Organizaciones de la Sociedad Civil	39
IV ESTRATEGIAS Y CONTENIDOS DE LOS PROYECTOS DE PREVENCIÓN FOCALIZADOS EN PVP (HSH, TS Y PT) 1998-2003	41
1. Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de las estrategias de prevención	42
2. Conclusiones y recomendaciones sobre proyectos de prevención focalizados en PVP	44
V RELACIÓN COSTO/PERSONA Y COBERTURA EN HSH, TS Y PT	47
1. Aspectos económicos y financieros de la prevención y proyectos focalizados en PVP	47
2. Relación costo/persona y niveles de cobertura	52
3. Conclusiones y recomendaciones sobre costo/persona y cobertura	53

VI ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	56
1. CONASIDA y los modelos de prevención del VIH/SIDA con PVP	56
2. Estrategias de intervención/prevención en VIH/SIDA y ETS con PVP	57
3. Criterios técnicos incorporados en los proyectos de prevención en PVP	58
4. Conclusiones y recomendaciones sobre estrategias metodológicas en proyectos de PVP	65
VII IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROYECTOS FOCALIZADOS EN HSH, TS Y PT EN ONG's DE LA SOCIEDAD CIVIL	67
1. Caracterización de proyectos de prevención de VIH/SIDA y ETS focalizados en PVP	67
2. Estructura de experiencias de trabajo de prevención del VIH/SIDA y ETS	68
3. Evaluación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)	69
4. Materiales, registros y productos	70
5. Estrategias metodológicas y modelos de intervención en PVP	71
6. Carencias, expectativas y demandas	71
7. Visión del contexto de los proyectos PVP desde la sociedad civil	72
8. Conclusiones y recomendaciones para CONASIDA sobre proyectos de la sociedad civil focalizados en PVP	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	76
NOTAS AL FINAL DEL TEXTO	81
ANEXOS (documento en separata)	

PRESENTACIÓN

Los conceptos que están en el centro de la Evaluación son los de vulnerabilidad, construcción del riesgo y gestión de riesgo. La vulnerabilidad dice relación con los ordenamientos que se dan en una sociedad y que, a través de la distribución de sus recursos, establecen formas de dominación – subordinación entre sus miembros. Estos órdenes jerárquicos están profundamente establecidos en las sociedades a través de mecanismos de reproducción que los sustentan y les dan continuidad en el tiempo, haciéndoles aparecer como propios de toda sociedad, de su “naturaleza” y, por tanto, indiscutibles y permanentes. Entre los órdenes jerárquicos está el que se construye a partir del género. Las vulnerabilidades a las que están sometidas las personas están directamente asociadas al mundo social y cultural en el que están insertas y del que forman parte.

Las nociones de vulnerabilidad y construcción del riesgo permiten explicar por qué ciertos sectores de la población se ven enfrentados con mayor intensidad e involucrados en situaciones que les pueden llevar a quiebres profundos de sus biografías y a tener una calidad de vida más precaria, como es el caso de las personas que se contagian y viven con el VIH/SIDA. No es posible explicar la expansión de la epidemia ni los programas de prevención si no se hace referencia a los conceptos señalados.

Junto a las nociones de vulnerabilidad y construcción del riesgo está la de gestión de riesgo. La gestión de riesgo tiene relación directa con la prevención; la prevención tiene como objetivo fundamental posibilitar la gestión del riesgo tanto en personas como en grupos vulnerables. La gestión de riesgo puede ser entendida como un proceso de toma de decisiones en la implementación de estrategias de autocuidado, tanto de las personas como de los grupos en situación de vulnerabilidad. Involucra distintos momentos que las personas requieren vivenciar y asumir de manera progresiva, en la perspectiva de desarrollar autonomía y compromiso con las conductas preventivas (CONASIDA s/f).

Esta Evaluación situó y contextualizó los proyectos focalizados en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP) en el período 1998-2003 y consideró los diversos factores de vulnerabilidad que, como tales, están fuera del control de los equipos que han ejecutado los proyectos en las PVP y de la propia CONASIDA, pero que condicionan los resultados obtenidos.

La información de base para hacer la evaluación está contenida en el “Catastro de proyectos focalizados en PVP años 1998 – 2003” (Ver Anexo 1) construido sobre la base del Informe Final de la “Sistematización de experiencias de trabajo en prevención primaria hacia Poblaciones Vulnerables Prioritarias” (2004) y en las entrevistas en profundidad realizadas a informantes claves: Directivos que estuvieron involucrados en el diseño e/o implementación de proyectos focalizados en PVP de CONASIDA, de Seremías de las Regiones 2^a, 5^a y Metropolitana, de Servicios de Salud, y CETS, así como dirigentes de organizaciones de la sociedad civil de las mismas regiones y usuarios de proyectos focalizados en PVP de la Regiones 5^a y Metropolitana .

La Evaluación fue de tipo externa, tuvo un enfoque sistémico e incorporó un diseño explícito y técnico del proceso de conocimiento evaluativo. Ninguno de los miembros del equipo de la Evaluación tuvo, durante el desarrollo de ésta, relaciones de dependencia ni asociación con CONASIDA ni con las organizaciones de la sociedad civil analizadas.

a) Objetivos de la evaluación

Objetivo general

El objetivo del proyecto fue realizar una Evaluación de los modelos y estrategias aplicadas del Programa de Prevención en Poblaciones Vulnerables Prioritarias instaladas en el sistema público de salud y en las organizaciones de la sociedad civil en el ámbito nacional

Objetivos específicos

- Evaluar las estrategias metodológicas desarrolladas e impulsadas en los proyectos focalizados en HSH, Trabajo Sexual, Población Transgénero a nivel de las regiones Segunda, Quinta y Metropolitana, durante los años 1998 – 2003.
- Evaluar las estrategias y contenidos en los proyectos
- Evaluar los procesos de implementación y ejecución de los proyectos focalizados en HSH, TS, Población Transgénero en las ONG's ejecutoras de la sociedad civil centradas en Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas
- Evaluar el desarrollo de los criterios técnico políticos impulsados por el Estado, a través de su organismo técnico operativo CONASIDA en las poblaciones HSH, TS, Población Transgénero
- Evaluar el proceso de “descentralización” de las políticas de HSH, TS, Población Transgénero, incorporando a la evaluación la experiencia en poblaciones vulnerables desarrollada a través de la ejecución de los Planes Regionales intersectoriales de Prevención del VIH/SIDA y ETS a nivel nacional
- Detectar a través de la ejecución de los proyectos la relación costo / persona y niveles de cobertura en HSH, TS y PT
- Dar cuenta de la relación “Estado / Sociedad Civil” y sus modalidades asociativas emprendidas en el proceso de trabajo conjunto.

b) Organización de la Evaluación, metodología y muestras

La Evaluación constó de dos componentes que se desarrollaron paralelamente:

- los modelos y estrategias aplicadas del Programa de Poblaciones Vulnerables Prioritarias: Hombres que tienen Sexo con Hombres, Trabajadoras/es Sexuales y Personas Transgénero y
- las estrategias metodológicas desarrolladas en los proyectos focalizados de las Regiones 2ª, 5ª y Región Metropolitana por las organizaciones de la sociedad civil.

Al inicio de la Evaluación se constituyó un taller interno de trabajo y discusión conceptual que incorporó la experiencia y conocimientos obtenidos en la Sistematización del Programa de Poblaciones Vulnerables Prioritarias entre 1998 y 2002, y que elaboró los instrumentos de recolección de información. El taller estuvo integrado por José Olavarría, Coordinador General, Teresa Valdés Coordinadora del componente evaluación nacional sector público, Gabriel Guajardo, Coordinador de la Evaluación del componente evaluación de las Organizaciones de la Sociedad Civil en las Regiones 2ª y 5ª y Región Metropolitana, y en calidad de expertos/as, por los consultores Luis Toro y Carmen Garcés, y los miembros del Equipo de la Sistematización María Elena Ahumada, Claudia González, Héctor Núñez, Andrea Pardo y Lucía Rabelo.

Se hizo una revisión bibliográfica sobre el tema objeto del proyecto, en particular referida a los temas Hombres que tienen Sexo con Hombres, Trabajadoras/es Sexuales y Personas Transgénero. Al constatar que la reflexión teórica era relativamente escasa en relación a las poblaciones vulnerables prioritarias (PVP), se organizó en conjunto, entre FLACSO y CONASIDA, el Seminario Taller “Modelos de prevención del VIH/SIDA y las transformaciones culturales en Chile. Entre lecturas y conversaciones” (Ver Anexo 3).

Para la confección final del catastro de proyectos se incorporó los proyectos considerados en la Sistematización 1998–2002 y se adaptó la ficha técnica utilizada por el Equipo de Sistematización a los proyectos del año 2003 y a algunos pocos no incorporados por la Sistematización 1998-2002. El Catastro Final de Proyectos fue aprobado por la contraparte técnica de CONASIDA (En total fueron 106 proyectos).

Para obtener la información de los informantes clave (28 personas) de las Seremías, Servicios de Salud, CETS y de las Organizaciones de la Sociedad Civil se elaboró cuestionarios para entrevistas en profundidad, los que fueron aprobados por la contraparte de CONASIDA. Del mismo modo se hizo para las entrevistas grupales a usuarios (8 entrevistas grupales). Los cuestionarios fueron validados y se incorporaron las observaciones a la versión definitiva, aplicándose en terreno (Anexo 2).

Se precisó los criterios de selección de los entrevistados/as de las muestras definidas y se concordó con la contraparte técnica de CONASIDA dichos criterios.

Se solicitó información a CONASIDA, a través de la contraparte técnica, sobre recursos financieros invertidos en los proyectos a PVP, de origen público y del Fondo Global, desagregados por año y regiones, porque era insuficiente la información consignada en los proyectos del Catastro. Se obtuvo sólo parte de la información (Ver Anexo 4).

En cada fase de la Evaluación se consideró la opinión de los profesionales del Equipo de Sistematización y de la contraparte técnica de CONASIDA.

La muestra de informantes clave del sector salud estuvo constituida por los/as Encargados/os de VIH y ETS de las Seremías, Encargados/as de VIH/SIDA y ETS de los Servicios de Salud de las Regiones 2ª y 5ª, de tres Servicios de Salud de la Región Metropolitana, de los responsables de los CETS de los Servicios de Salud de las regiones 2ª y 5ª y de los Centros Centinelas de la Región Metropolitana, y por dos autoridades de CONASIDA.

SECTOR SALUD	CONASIDA	SEREMIS	S. SALUD	CETS	TOTAL
Nacional	2				2
2ª Región		1	1	1	3
5ª Región		1	3	1	5
Reg. Metro		1	3	2	6
Total	2	3	7	4	16

La muestra de informantes clave de Organizaciones de la Sociedad Civil, se conformó con los responsables de las OSC en los proyectos de prevención focalizados en PVP, fue la siguiente

OSC	OCS	Organizaciones TS	Organizaciones PT	TOTAL
2ª Región	2	1	1	4
5ª Región	2	1	1	4
Reg. Metro	2	1	1	4
Total	6	3	3	12

La muestra de entrevistas grupales fue la siguiente:

OSC	HSH	TS Mujeres	TS Hombres	P T	TOTAL
Reg. Metro	1	1	1	1	4
5ª Región	1	1	1	1	4
Total	2	2	2	2	8

c) Organización del Informe

El presente Informe Final ha sido organizado a partir de los Objetivos Específicos de la Evaluación, que se presentan en un orden que les da mayor continuidad en su desarrollo. Las afirmaciones que se hacen a lo largo del texto están fundamentadas en las diversas fuentes de información a las que se recurrió, como documentos analizados, bibliografías, opiniones de los informantes claves y los proyectos focalizados en PVP. Para facilitar la lectura del texto se han puesto como notas a final del texto.

Las secciones del Informe se presentan en el siguiente orden:

- I Criterios técnico políticos de CONASIDA para HSH, TS y PT
 - II Descentralización de las políticas y Planes Regionales Intersectoriales de Prevención del VIH/SIDA y ETS
 - III Relación “Estado-Sociedad Civil” y modalidades asociativas emprendidas en el trabajo conjunto
 - IV Estrategias y contenidos de los proyectos focalizados en PVP (HSH, TS, PT), 1998 – 2003
 - V Relación costo/persona y cobertura en HSH, TS y PT
 - VI Estrategias metodológicas
 - VII Implementación y ejecución de los proyectos focalizados en HSH, TS, PT en las ONGs de la sociedad civil
- Referencias bibliográficas
 Notas al final del texto
 Anexos

I. CRITERIOS TECNICO POLITICOS DE CONASIDA PARA HSH, TS Y PT

(Objetivo específico: Evaluación del desarrollo de los criterios técnico políticos impulsados por CONASIDA en las poblaciones HSH, TS y PT)

La Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) del Ministerio de Salud desarrolla políticas públicas orientadas a que la sociedad asuma la prevención y disminución del impacto biopsicosocial del VIH/SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual a través de la reflexión y el diálogo, el respeto a la dignidad humana y el desarrollo de la autonomía de las personas. Sus objetivos estratégicos sonⁱ:

- Disminuir la transmisión del VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la discriminación.
- Mejorar la calidad y cobertura de la atención de salud de las personas que viven con el VIH (PVVIH) y los consultantes de ETS.
- Profundizar, sistematizar y socializar el conocimiento sobre el VIH/SIDA y las ETS, y aspectos relacionados para apoyar la toma de decisiones.
- Fortalecer una respuesta nacional, integral y descentralizada al VIH/SIDA y las ETS.

Los ejes centrales de las estrategias de prevención son la gestión de riesgo y la vulnerabilidad y se plasman en dos niveles:

- a nivel individual, con quien se busca facilitar y posibilitar la gestión de riesgo de sus conductas individuales
- a nivel de la sociedad, donde se intenta disminuir la vulnerabilidad, reduciendo el impacto de la inequidad y la desigualdad social.

ESTRATEGIAS DE PREVENCION



La estrategiaⁱⁱ se desarrolla en tres niveles de intervención complementarios entre sí, en el ámbito nacional, regional y local, sustentados en los principios de la descentralización, participación, equidad e intersectorialidad:

- Un nivel individual: que apoya directamente la gestión del riesgo mediante la información y orientación personalizada, a través de la atención en proyectos a poblaciones vulnerables prioritarias.
- Un nivel grupal comunitario: cuyos objetivos son socializar los aprendizajes preventivos entre pares y promover ambientes sociales que valoricen la prevención. Para el

cumplimiento de estos objetivos se realizan acciones focalizadas con poblaciones más vulnerables y proyectos intersectoriales y descentralizados en los niveles regionales y comunales.

- Un nivel masivo: cuya finalidad es mantener el alerta social y la percepción de riesgo en las poblaciones priorizadas. Esta utiliza la comunicación en medios masivos, eventos y trabajo directo con comunicadores y medios de comunicación de las distintas regiones del país.



A partir de 1998 en la Región Metropolitana y del 2000 en las otras regiones se han realizado intervenciones de prevención focalizadas las Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP) que incluyen a las poblaciones de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Trabajadoras/es sexuales (TS) y Personas Transgénero (PT). Estas intervenciones han puesto su énfasis en la sensibilización, visibilización y trabajo directo en terreno.

Desde de diciembre del 2001, en el marco de la Ley N° 19.779 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana y beneficio fiscal para enfermedades catastróficas, el sistema de control de la transmisión del VIH/SIDA vigente en el país incluye actividades generales de prevención, así como la prevención de la transmisión vertical con financiamiento estatal y cobertura de 100% para los adscritos al sistema público y privado.

Del 2003, por un período de cinco años, está operando el Proyecto presentado por Chile -a través del Comité País en el que participan, además de CONASIDA, organizaciones de personas viviendo con VIH y otras instituciones que trabajan en la prevención y tratamiento de la enfermedad- al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

Estas condiciones han llevado al Ministerio de Salud a definir como meta en sus Objetivos Sanitarios sobre el VIH/SIDA para la década 2000-2010, quebrar la tendencia ascendente de la mortalidad y mantener la tasa estandarizada por edad a 1999. En estos objetivos se enmarca el 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, cuyos objetivos generales son:

- Complementar y ampliar la respuesta actual, optimizando los recursos y calidad de las intervenciones.
- Reducir la brecha entre la situación actual y los desafíos que la epidemia plantea al país, buscando lograr cobertura de 100% para tratamiento antiretroviral.
- Asegurar la sustentabilidad de las acciones, otorgándoles continuidad y permanencia.
- Fortalecer las alianzas entre los sectores públicos y privados, gubernamentales y no gubernamentales, favoreciendo el trabajo asociativo y colaborativo.

La implementación de la estrategia global del programa de Prevención del VIH/SIDA en Chile se ha sustentado en cuatro criterios políticos y metodológicos:

- Caracterización de la situación actual de la epidemia del VIH/SIDA en Chile
- Análisis de los elementos que intervienen en la vulnerabilidad de la población más afectada
- Elementos que apoyan, orientan, y facilitan la gestión de riesgo individual y comunitario
- Coherencia con programas y estrategias de prevención implementadas en el nivel nacional

Desde del año 2000 CONASIDA ha impulsado y desarrollado un proceso de construcción de Planes Regionales Intersectoriales de respuesta preventiva al VIH/SIDA que busca integrar y potenciar distintas acciones y actores en cada una de las regiones. En síntesis los aspectos centrales de la estrategia diseñada son:

- Investigación para identificar las poblaciones vulnerables prioritarias desde una análisis de la situación epidemiológica
- La asociatividad con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)
- La acción intersectorial entre las instituciones públicas
- La descentralización y los Planes Regionales Intersectoriales
- La gestión financiera y costos
- La evaluación

A partir de los objetivos estratégicos de CONASIDA y sus estrategias de prevención se evalúa los criterios técnicos políticos impulsados en las poblaciones de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Trabajadoras/es Sexuales (TS) y Población Transgénero. Se analizan los siguientes aspectos:

1. Los objetivos estratégicos y estrategias de prevención en su conjunto y la coherencia con programas y estrategias de prevención implementadas a nivel nacional
2. Los Objetivos Sanitarios del Ministerio sobre VIH/SIDA para la década 2000-2100. Investigación para identificar las poblaciones vulnerables prioritarias desde un análisis de la situación epidemiológica. Caracterización de la situación de la epidemia actual del VIH/SIDA en las PVP
3. Elementos que intervienen en la vulnerabilidad de las poblaciones más afectadas
4. Elementos que apoyan, orientan y facilitan la gestión de riesgo individual y comunitario
5. La asociatividad con las Organizaciones de la Sociedad Civil
6. La acción intersectorial entre instituciones públicas. La descentralización y los Planes regionales Intersectoriales
7. La Gestión financiera y costos

A continuación se profundiza en los puntos 1., 2. y 3. Los puntos 4., 5., 6. y 7. se desarrollan en los acápites sobre “Estrategias metodológicas” (4), “Relación Estado - Sociedad Civil” (5), “Procesos de descentralización” (6), y “Relación costo/persona y cobertura” (7).

1. Objetivos estratégicos y estrategias de prevención: coherencia con programas y estrategias de prevención implementadas a nivel nacional

El Programa de Prevención del VIH/SIDA para Poblaciones Vulnerables Prioritarias del CONASIDA está articulado a partir de los objetivos definidos -y señalados antes- y toma en consideración la realidad de la epidemia en Chile, la institucionalidad de la salud pública y los recursos disponibles para llevarla a cabo. La formulación de objetivos y estrategias de prevención de CONASIDA está inserta en la respuesta mundial para la prevención del VIH/SIDA y sus criterios son concordantes con los indicados por los organismos internacional (ONUSIDA/OMS) cuando se refieren a este campo de acción.

Esta estrategia de prevención implementada desde CONASIDA hacia las PVP, en lo fundamental, es pertinente, responde a lo que ha sido validado a nivel internacional por organismos expertos y también en otros países que están en la misma tarea. Sobresale, y es ampliamente reconocida entre directivos/as y funcionarios/as, la capacidad de liderazgo que ha tenido CONASIDA para definir una estrategia y dar los pasos necesarios para instalarla a nivel nacional y regional. También, el trabajo realizado con el mundo no gubernamental y las organizaciones de la sociedad civil de la comunidad homosexual, que ha sido clave para prevenir la epidemia. Ha mostrado flexibilidad, adaptabilidad, creatividad y calidad en sus propuestas.

La estrategia de prevención del VIH/SIDA de CONASIDA ha generado un gran consenso. Así quedó demostrado entre los informantes claves entrevistados de las Seremías, Servicios de Salud y CETS cuando se refirieron a la prevención. La opinión general es que la estrategia es adecuada y responde a las expectativas de los distintos sectores. Se reconoce el liderazgo de CONASIDA en la prevención del VIH/SIDA y sus aportes en los distintos niveles y regiones desde su creación. Se valora ampliamente la acción desarrollada y las orientaciones entregadas para poner el logro de los objetivos estratégicos.

Por supuesto, se constatan dificultades en la puesta en marcha e implementación de la estrategia de prevención y algunas de ellas son importantes, pero no la invalidan, sino que llaman a perfeccionarla y profundizarla, atendiendo a las nuevas condiciones que va teniendo la epidemia y en el marco de los cambios culturales generales y de las PVP en particular.

Al evaluar los distintos aspectos de la estrategia que están en el Programa de Prevención hacia las Poblaciones Vulnerables Prioritarias se analiza la coherencia de los proyectos y estrategias preventivas a nivel nacional y regional. Se profundiza la evaluación en los diversos acápites desagregados según los objetivos específicos.

2. Los Objetivos Sanitarios MINSAL 2000-2100 sobre VIH/SIDA y la situación epidemiológica de las poblaciones vulnerables prioritarias

Se intentó evaluar el Objetivo Sanitario -“el quiebre de la tendencia ascendente de la mortalidad y mantener la tasa estandarizada por edad a 1999”- para las Poblaciones Vulnerables Prioritaria (PVP), así como identificar las PVP desde un análisis de la situación epidemiológica, pero no fue posible avanzar. El tema se abordó en diversas oportunidades con la contraparte técnica de CONASIDA, y con sus autoridades y se estimó -de común acuerdo- que era recomendable un mayor análisis de la información epidemiológica existente antes de hacer la evaluación de este punto.

CONASIDA ha establecido registros de casos y personas notificadas por VIH, y por SIDA, así como registros de defunciones por VIH/SIDA que le han permitido hacer un seguimiento de las tendencias de la epidemia en Chile. A partir de la información procesada ha definido las características de la epidemia y las poblaciones que aparecen como más vulnerables a la epidemia. Este ha sido un aporte fundamental para la concreción de los objetivos de CONASIDA, así como para delinear sus estrategias de prevención.

3. Las PVP y los criterios técnicos para su definición

La información acumulada sobre cuáles son las Poblaciones Vulnerables Prioritarias, tanto de los documentos analizados, de los proyectos focalizados en estas poblaciones como de las opiniones de profesionales y directivos, indican un abanico de poblaciones que varía según sea quien habla y según el documento que se tome como referencia.

En la documentación oficial del CONASIDA, la estrategia de prevención define aquellas poblaciones que por su situación de vulnerabilidad y baja gestión de riesgo son las que tendrán prioridad. En el nivel grupal-comunitario se sitúan los proyectos con poblaciones más vulnerables al riesgo y los proyectos sociales intersectoriales que tienen como objetivo socializar los aprendizajes entre pares en relación con la prevención y la gestión de riesgo, así como la promoción de ambientes sociales valorados de la prevenciónⁱⁱⁱ.

Los textos analizados muestran clasificaciones de las poblaciones según su grado de vulnerabilidad que no son coincidentes entre sí. La caracterización realizada desde CONASIDA de las poblaciones en las que se debe focalizar la Prevención del VIH/SIDA y las ETS no es lo suficientemente precisa y da margen a interpretaciones que no siempre son concordantes con las orientaciones nacionales. En distintos documentos de trabajo se menciona a poblaciones “más vulnerables”, “vulnerables priorizadas”, “vulnerables prioritarias”, “vulnerables emergentes”, y no se respalda esa caracterización en datos epidemiológicos que justifiquen su calidad de tales, y que den sustento a los criterios utilizados para tales clasificaciones. Ello crea cierta confusión que se observa en las entrevistas con informantes clave de las Seremías, Servicios de Salud y CETS.

El concepto “Poblaciones Vulnerables Prioritarias” es quizás uno de los que más dificultades crea al momento de identificar poblaciones “prioritarias” por parte de los/as funcionarios/as y directivos entrevistados en los diversos niveles (CETS, Servicios de Salud, Seremías, CONASIDA)^{iv}.

Para una proporción importante de los/as funcionarios/as del sector salud entrevistados, las Poblaciones Vulnerables Prioritarias corresponden a las definidas por CONASIDA^v. Pero cuando se pregunta a qué poblaciones vulnerables se debe orientar la Prevención, distinguen entre poblaciones “prioritarias” y “priorizables”.

En algunos CETS, Servicios de Salud y Seremías se tiende a focalizar su trabajo a partir de una definición “amplia” de Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP). Así, la noción de Poblaciones Vulnerables Prioritarias hacia las que se debe orientar la Prevención es más amplia que aquella con que trabaja CONASIDA y ello, sin lugar a dudas, afecta la focalización que se hace de las actividades de Prevención y el uso de los recursos dispuestos, que tienen un destino relativamente preciso, en cuanto a las población de destino.

La definición de Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP) por parte de CONASIDA requiere de la precisión necesaria para evitar que se realicen interpretaciones que lleven a focalizar en otras poblaciones las acciones y recursos destinados a Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Trabajadoras/es Sexuales (TS) y Personas Transgénero (PT), por parte de Seremías, Servicios de Salud y CETS. En estos ámbitos -Seremías, Servicios de Salud y CETS- se considera en cierta medida restrictiva la definición adoptada por CONASIDA.

Es así que, al analizar los proyectos que han sido financiados desde el Programa de Prevención a PVP, especialmente a partir del año 2000, se constata que el universo de proyectos focalizados va mucho más allá de las PVP entendidas como tales. Para establecer el catastro del conjunto de proyectos que forman parte de esta Evaluación fue necesario excluir cierta cantidad que estaba focalizada en otras poblaciones “más vulnerables”, pero no “prioritarias” (niños, estudiantes de enseñanza media, estudiantes universitarios, jóvenes, profesores/as, orientadores, mujeres dueñas de casa, por señalar algunos).

La misma constatación se observa en las entrevistas en profundidad hechas a profesionales de los Centros Centinelas y Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual (CETS), a encargados de los Planes de VIH/SIDA y ETS de Servicios de Salud y a profesionales de las Seremías que han trabajado directamente con proyectos focalizados PVP, al preguntarles “¿Cuáles son las poblaciones vulnerables prioritarias hacia las que debe orientarse la Prevención del VIH/SIDA y ETS?” Las respuesta incluyen a una amplia gama de poblaciones que son consideradas vulnerables prioritarias por estas personas^{vi}.

La diversidad de poblaciones mencionadas, en las que se ha hecho algún trabajo de prevención, lleva a preguntarse por qué existe tal amplitud de criterios para clasificar a diversas poblaciones como las más prioritarias. Ello lleva a señalar que no ha sido suficiente la orientación que sobre este punto ha dado CONASIDA. La focalización de la Prevención en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias, definidas como la de Hombres que tienen sexo con Hombres, de Trabajadoras/es Sexuales y de Personas Transgénero, ha generado un debate importante a nivel de las regiones y los servicios que, en los hechos, pone en duda la orientación nacional y le resta eficacia, toda vez que los recursos se diseminan en múltiples poblaciones, según sea el criterio adoptado en los CETS, Servicios de Salud y Seremías.

Se escuchó opiniones que mencionaban un desacuerdo con la definición hecha por CONASIDA en relación a las Poblaciones Vulnerables Prioritarias, especialmente en cuanto a la eficiencia e impacto que tendrían las acciones de prevención a partir de esa definición de poblaciones

prioritarias. No han sido comprendidas las distinciones que se hacen entre “poblaciones más vulnerables”, “poblaciones vulnerables prioritarias” y “poblaciones vulnerables emergentes”, y no se reconoce el sustento epidemiológico de avalaría tales distinciones y su elaboración como categorías de trabajo de Prevención en el país y en cada región^{vii}.

Una de las consecuencias del ejercicio crítico que se realiza de las categorías y distinciones en la relación a la sexualidad, género y la ciudadanía -de aquellos sujetos reunidos en tales categorías como son las PVP-, es que las llamadas “políticas de identidad”, que reconocen las diferencias de género y de sexualidades, no constituyen categorías “plenas y seguras”, unificadoras de identidades colectivas.

No siempre estas poblaciones conforman colectivos, ni participan y crean organizaciones que las articulen y representen, que construyan una agenda pública y tengan actoría social. Es el caso de los hombres bisexuales, la invisibilidad es una de sus características. Otro tanto sucede con las/os Trabajadoras/es Sexuales, en la medida en que el trabajo sexual es una ocupación, un trabajo remunerado, y no necesariamente forma parte de una identidad sexual particular. Ello no impide que se puedan formular estrategias de abordaje y trabajo con estas poblaciones, pese que no desarrollan actorías ni agendas, salvo excepciones como en algunos grupos de trabajadoras sexuales.

A continuación se analiza estas categorías y sus complejidades internas.

a) Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

La denominación de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es relativamente reciente (Ver Anexo 3: Seminario-Taller “Modelos de prevención del VIH/SIDA y las transformaciones culturales en Chile. Entre lecturas y conversaciones” Notas). En los documentos de ONUSIDA (2000)^{viii} se elaboran algunos antecedentes acerca de cómo se llega a concebir la categoría HSH. Se parte de la base que la identidad sexual difiere del comportamiento sexual. De esta forma, es posible identificar la práctica de relaciones sexuales entre hombres sin que ellos se consideren o reconozcan como homosexuales^{ix}. El concepto HSH trata de ser más comprensivo que el de Población Homosexual, que era utilizado hasta fines de los 90. Al ampliar la población objetivo a varones bisexuales y a aquellos que se consideran heterosexuales, pero que tienen prácticas homosexuales se incrementó significativamente la heterogeneidad de la categoría y con ello la población focalizada en proyectos a PVP. La categoría HSH se fundamenta en las prácticas y centra su acción en ese campo, pero tiende a ignorar –para los efectos de la prevención- que las prácticas tienen sentido para las personas de acuerdo a lo que buscan en ellas y a la orientación sexual que las distingue^x. El concepto “Hombres que tienen sexo con hombres” abarca un conjunto heterogéneo de varones y hace que se incremente la complejidad en el abordaje de Prevención del VIH/SIDA y las ETS. La prevención de la epidemia implica una intervención cultural sobre la población en general y las personas en particular para que adquieran recursos que les permitan visibilizar y protegerse de sus vulnerabilidades –en la medida de lo posible- y gestionar mejor el riesgo de contraerla, incluidas la protección en las prácticas sexuales.

Focalizar proyectos que tengan un impacto en la prevención de la epidemia y las ETS en la población de HSH requiere distinguir entre el conjunto agregado de hombres con distintas orientaciones sexuales y los subgrupos, según su orientación sexual. Haciendo una síntesis de las entrevistas sobre la caracterización que se hace de la categoría HSH, según los subgrupos que la

integran, se puede distinguir tres grupos principales: los hombres homosexuales que se reconocen y son reconocidos como tales, los hombres bisexuales y aquellos heterosexuales con prácticas homosexuales.

i. Los varones que se reconocen y son reconocidos como homosexuales -al menos en el medio homosexual- tienen como objeto de deseo y afectos otro varón; en general, viven y su sexualidad se expresa en un espacio social preferentemente homosexual, lugares de encuentro homosociales, de afectos y erotismo que son reconocidos ('pubs', 'discos', saunas); establecen y/o buscan establecer relaciones de pareja con acuerdos y formas de convivencia, y en algunos casos constituyen familias. El "mundo homosexual" es relativamente público, al menos para la población gay; se reconocen y son reconocidos por terceras personas. Es posible identificar significados subjetivos, simbolismos, lenguajes, literatura, prácticas identitarias y vivencias de su sexualidad en la intimidad, en relaciones de pareja y en los encuentros ocasionales. Han creado organizaciones que les representan, algunas trabajan en el campo del VIH/SIDA, tienen una agenda pública por reconocimiento de derechos y por el derecho a la diversidad sexual. Se reconocen espacios y comunidades gay -más o menos restringidos- en todas las regiones evaluadas: 2ª y 5ª y Metropolitana. No se han hecho investigaciones que apunten a conocer más a fondo en esta población, sus vulnerabilidades, construcción de riesgo y recursos para gestionar el riesgo, salvo algunos sobre prácticas sexuales y uso del condón. Las propias organizaciones han avanzado algo más en estos conocimientos. En los proyectos de prevención evaluados no se consideran en general aquellos conocimientos -aunque escasos- que existen sobre la población homosexual, sea en la formulación, diseño y formas de abordaje de esta población. Los proyectos se han centrado en el uso correcto del condón, a través de la sensibilización en la epidemia, mediante la formación de monitores, y en mesas de encuentro en lugares frecuentados por población homosexual, especialmente discos y pubs. Desde CONASIDA en los últimos tiempos hay especial preocupación^{xi}.

ii. Distinta es la situación con la población bisexual, de la cual prácticamente no se tiene conocimiento en las regiones evaluadas ni en Chile, salvo algunas pocas personas que se autoidentifican públicamente como tales. Se desconoce el sentido que tienen para ellos los afectos y el erotismo, y el significado de la sexualidad. No se tiene información sobre los puntos de encuentro ni los lugares que frecuentan de homobisocialidad. Tampoco se sabe de los sentidos subjetivos, sus símbolos, lenguajes, prácticas identitarias -si es que se reconocen como bisexuales-, el sentido que tiene para ellos la sexualidad, las relaciones de pareja, convivencia, y sexo ocasional. En los proyectos en que se menciona el término bisexual no se entra en mayores explicaciones ni caracterizaciones de esta población, ni tampoco se hace una justificación de por qué focalizarse en ella, salvo el supuesto que serían vectores de la epidemia que la transportarían del mundo homosexual al heterosexual. Esta población también sería altamente vulnerable y, por tanto, prioritaria. Los proyectos suponen que esta población se comporta de manera similar a la población homosexual, y por tanto las orientaciones y estrategias de abordaje utilizadas para la población gay serían válidas para ella, pero esa suposición es muy difícil de sostener. Se ha afirmado que parte de los varones que tienen este tipo de prácticas correspondería a varones homosexuales que no se han asumido públicamente como tales, y que buscan relaciones ocasionales con varones, en espacios de diversión gay y/o con trabajadores sexuales.

iii. Una tercera subcategoría en los HSH es la de aquellos hombres que se consideran heterosexuales y tienen prácticas homosexuales. Sobre esta población no se afirma prácticamente nada en los proyectos orientados a las Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Las menciones que

se obtuvieron tienen su origen en Personas Transgénero dedicadas al comercio sexual, quienes indican que su clientela está principalmente compuesta de hombres que se declaran heterosexuales, casados/con pareja y que buscan en ellas lo que no encuentran con sus mujeres. Sobre esta población los estudios son muy escasos (especialmente algunas tesis de grado). Los hay sobre sexo entre hombres en recintos carcelarios, donde internos que se identifican como heterosexuales, haciendo uso de violencia obligan a otros a tener sexo. En estos casos es una relación violenta, por supuesto sin consentimiento, que finalizaría en el momento en que la persona deja la cárcel y volvería a su vivencia y práctica heterosexual. Se conoce, asimismo, de prácticas homosexuales con intercambio de dinero, especies y/o drogas al interior de los recintos penitenciarios. Se ha señalado también que habría este tipo de prácticas en lugares de trabajo aislados que reúnen a varones, como buques, centros mineros, faenas forestales, entre otros. Nada de ello está presente en los proyectos evaluados.

La diversidad de situaciones presentes en la denominación “Hombres que tienen sexo con hombres” no está expresada en el catastro de proyectos orientados a HSH de las Poblaciones Vulnerables Prioritarias y tampoco es mencionada por profesionales y directivos como una cuestión importante en la prevención del VIH/SIDA y las ETS. Se da por supuesto, en los hechos que esta gama de poblaciones tiene características similares a las de la población homosexual, de la cual -como se indicó antes- tampoco se conoce lo suficiente en lo relativo a sus vulnerabilidades, construcción del riesgo frente al VIH/SIDA y/o al contagio de una ETS. La ausencia de ese conocimiento ha sido reemplazado en gran medida por la experiencia de las contrapartes de las Seremías y de los Servicios de Salud: las Organizaciones de la Sociedad Civil que tienen su origen y trabajan en el mundo homosexual y algunos de sus militantes y dirigentes. Este aporte se da en las regiones en que tienen presencia estas organizaciones y que han permitido llegar a la población homosexual, y se supone que también a los bisexuales y heterosexuales que tienen sexo con otros hombres.

Al agrupar las prácticas sexuales de diversas poblaciones de varones en una categoría amplia de HSH, se tiende a una mirada general, que requiere ser precisada para una mejor definición de las poblaciones que son objeto de focalización. La heterogeneidad entre ellas es muy grande como para suponer que todos estos varones les dan los mismos sentidos a las prácticas sexuales que tienen, que la prevención de su salud sexual es semejante, que la gestión del riesgo y las vulnerabilidades son las mismas.

Esta constatación plantea la necesidad de conocimientos más precisos y rigurosos de los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), que permitan una mejor focalización del Programa de Prevención de los proyectos orientados a ellos. Teniendo presente que la prevención apunta a empoderar a estas poblaciones en general y personas en particular frente al VIH/SIDA y las ETS y a tener recursos para una mejor gestión del riesgo. Es necesario tener presente que en las estrategias de prevención primaria del VIH/SIDA la focalización de los proyectos va dirigida a personas que no viven con VIH. Para las PVVIH hay estrategias y recursos específicos^{xii}.

b) Trabajadoras/es Sexuales (TS)

Esta es una población cuya ocupación es el comercio sexual. Es la forma en la cual se ganan la vida, es su oficio y trabajo remunerado. A diferencia de los Hombres que tienen sexo con hombres, la motivación principal de las/os Trabajadoras/es no es la orientación sexual, ni la búsqueda de intimidad afectiva y/o sexual; es su medio de subsistencia. Muchas de estas personas

pertenecen a grupos pobres o de extrema pobreza, madres solteras, jefas de hogar, con hijos/as que han encontrado en esta actividad la forma de obtener ingresos para sobrevivir o mejorar su calidad de vida. Su misma condición de vulnerabilidad, asociada a la pobreza, baja escolaridad y condición de género las/os pone en una situación de riesgo permanente de contraer una ETS o VIH/SIDA en su actividad. Muchas de las mujeres son jefas de hogar, dueñas de casa, con hijos/as; trabajan esporádica o permanentemente en el comercio sexual en lugares alejados de su domicilio para no ser reconocidas. Su condición de mujeres las hace también especialmente vulnerables en relación a sus clientes varones y al tipo de trato que establecen.

El control sobre las personas que ejercen comercio sexual es histórico en nuestro país y ha estado a cargo del sistema de salud pública en lugares especialmente habilitados para ello, siendo fiscalizado tanto por el sector salud como por la policía, para asegurar el control sanitario a través del carné al día de las personas que están activas. Actualmente son los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual los que tiene a su cargo el control sanitario y el carné sanitario en las distintas regiones y Servicios de Salud.

Los CETS juegan un rol importante como referente de atención de las ETS. El control sanitario de las trabajadoras sexuales, como se mencionó por los informantes clave, se hace ahí. *“Pero en algunos casos se mantiene el esquema clásico, existen prejuicios, con equipos con muy pocos recursos, y muchas veces frustrados; con bajos niveles de capacitación, sin equipos interdisciplinarios, con problemas de confidencialidad, con una sensación entre los usuarios de gran estigmatización”* (Seremía5ªR)^{xiii}.

También en esta población es necesario distinguir grupos o situaciones.

- Trabajadoras/es Sexuales que no tienen control sanitario

Existe una visión más bien optimista desde las/os profesionales de los CETS sobre el control de las ETS y VIH/SIDA entre las mujeres que se dedican al comercio sexual, que se controlan y tienen el carné de salud al día. Pero estas/os mismas/os profesionales previenen que ello no es suficiente pues habría una amplia gama, especialmente de mujeres, que se dedica al comercio sexual esporádicamente o como oficio ocasional, que no está siendo controlada. Entre la población que ejerce el comercio sexual y no se controla en los CETS están las y los menores de 17 años. Algunas/os lo hacen ocasionalmente y otras/os lo han transformado en su ocupación^{xiv}.

- Varones que ejercen el comercio sexual

En los últimos años se ha constatado una demanda de atención por Enfermedades de Transmisión Sexual de hombres con prácticas sexuales anales en los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual (CETS). Este es un hecho relativamente nuevo y creciente y en el que no hay gran experiencia clínica como la hay con otras ETS^{xv}. Con los trabajadores sexuales varones se ha comenzado a trabajar en los años recientes. Algunos son controlados en los CETS cuando van por iniciativa propia debido a alguna ETS. CONASIDA en el último tiempo ha apoyado este trabajo^{xvi}, pero, en general, los varones que se dedican al comercio sexual no se controlan en los CETS. Son pocos los que llegan y sobre ellos no se ha trabajado en la Prevención del VIH/SIDA y ETS. Es una población de Trabajadores Sexuales que no está siendo monitoreada^{xvii}.

Es escaso el conocimiento sobre los varones que ejercen comercio sexual. CONASIDA apoyó recientemente al MUMS para llevar adelante un proyecto focalizado en varones trabajadores sexuales, quizás la primera investigación sobre comercio sexual masculino en Santiago. Esta investigación ha permitido comenzar a conocer esta población.

c) Personas Transgénero (PT)

Entre las Poblaciones Vulnerables Prioritarias, aquella constituida por Personas Transgénero es la más desconocida, de ella se tiene menos conocimiento e información aún que de Hombres que tienen sexo con hombres y Trabajadoras/es sexuales. Casi no hay proyectos focalizados en la Población Transgénero y no se han desarrollado metodologías de abordaje que las distinguan de las utilizadas con Hombres que tienen sexo con hombres y/o Trabajadoras/es sexuales, por el contrario, se les tiende a equiparar, aun cuando lleguen a atenderse personas Transgénero que no se dedican al comercio sexual.

A los/as funcionarios/as entrevistados/as, directivos y profesionales de Seremías, Servicios de Salud y CETS, les es difícil caracterizar a una Persona Transgénero, pese a que entre ellos/as los hay que tienen contacto y atienden a personas de esta población^{xviii}. Dos cuestiones están en el centro de las preguntas que se hacen desde el sector de la salud acerca de esta población: su identidad sexual y su actividad principal, el comercio sexual. Se les tiende a identificar como homosexuales y se les ubica en la categoría de Hombres que tienen sexo con hombres, pero ellas en general no se reconocen como hombres, sino como mujeres. Se les trata de asimilar a las Trabajadoras/es sexuales, pero en ellas el comercio sexual es una actividad que va más allá de un oficio para obtener ingresos, mantenerse y/o sobrevivir; a través del comercio sexual se sienten reconocidas como mujeres –que es lo que sienten que son-, pueden estar en el espacio público y confrontarse con otros y otras, pese a la gran discriminación que sufren^{xix}.

No hay investigaciones sobre esta población en las regiones evaluadas, ni tampoco a nivel nacional -salvo escasas tesis de grado- que profundicen sobre la Población Transgénero. No se ha recogido historias de vida, ni su socialización e incorporación al mundo trans; poco o nada se conoce de la importancia que tiene para ellas el cuerpo, su producción y reconstrucción física, emocional e identitaria, con excepción de las infecciones que se producen cuando se inyectan silicona. No se sabe de su(s) objeto(s) de deseo; de su confrontación con lo masculino y lo femenino; tampoco de la importancia que tiene el comercio sexual, o el sentido de pertenencia; sus prácticas sexuales son ignoradas; se reconoce la violencia a las que son sometidas, pero no se ha profundizado en las vulnerabilidades en las que están insertas, sus condiciones y calidad de vida, la construcción de riesgo de contraer VIH/SIDA y ETS, ni la gestión de riesgo para prevenirlas. La literatura sobre la Población Transgénero en América Latina es escasa y más aún en el campo de la salud. No existen referentes –salvo excepciones- que permitan plantear estrategias de Prevención del VIH/SIDA y las ETS orientados a esta población.

En CONASIDA se reconoce que con la Población Transgénero hay menos avances que en otras Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Se ha intentado utilizar la metodología de monitoras entre pares en proyectos pequeños. Se reconoce que quizás no sea la más adecuada para esta población; no ha sido evaluada^{xx}.

En algunos CETS se da atención a las personas Transgénero que lo solicitan y se les hace control sanitario, pero son pocas las personas que llegan a los CETS^{xxi}. Entre los problemas que se

señalan para la atención de Personas Transgénero, es que una de sus características sería su agresividad, el desorden, que se pelean en ellas^{xxii}. Salvo algunas pocas que van a los CETS y se controlan, otras –se supone que la mayoría- no lo hacen, porque no tendrían interés en su salud ni en la de sus parejas y clientes. Uno de los motivos más importantes para no prevenir el VIH/SIDA ni las ETS es la marginalidad en la que viven y las situaciones de violencia que enfrentan a diario^{xxiii}. Pero pese a su situación de marginalidad y a la violencia a las que son sometidas, algunas llegan a solicitar atención a los CETS. Los/as profesionales de la salud sensibles al tema reconocen que es importante que estén llegando, porque es una demostración de interés en prevenir su salud y en tener una mejor calidad de vida^{xxiv}. En muchos casos no hacen uso del condón como trabajadoras sexuales, pese a que saben de su importancia. La discriminación sería un factor de primer orden en la falta de autocuidado y protección del tercero^{xxv}.

Los/as profesionales y directivos que mostraron interés en buscar formas de acceder a las Población Transgénero con el Programa de Prevención señalaron que es necesario desarrollar liderazgos y organización al interior de esta población para poder llegar a ellas^{xxvi}. La prevención debería ser hecha por pares, considerando las dificultades de llegar a las personas que ejercen el comercio sexual en la noche^{xxvii}. Pero la cuestión es cómo generar trabajo entre pares y solidaridad entre personas que compiten por los mismos clientes y/o los mismos espacios públicos. Según profesionales y directivos del sector salud, es muy difícil para las trans que ejercen como Trabajadoras Sexuales dejar de hacerlo, dado que tiene que ver con su identidad, con la vida nocturna. La noche es su espacio y está fuertemente asociada al comercio sexual^{xxviii}.

La relación de la policía con la Población Trans es conflictiva y ha predominado en múltiples ocasiones un clima de amedrentamiento y violencia hacia ellas. Se escuchó, tanto de funcionarios de la salud, como de personas trans entrevistadas, las situaciones de violencia que se producen entre Carabineros y personal de Investigaciones y las personas trans que ejercen el comercio sexual^{xxix}. Se identifica al personal de Carabineros y de Investigaciones entre los sectores que discriminan, tanto a la población trans como a los trabajadores sexuales. Avanzar en una propuesta de prevención requiere el establecimiento de una alianza con las policías para que reconozcan sus derechos. En diversas ocasiones se han iniciado conversaciones entre Seremías y Servicios de Salud con autoridades regionales de Carabineros y Policía de Investigaciones, para buscar respuestas a la violencia hacia este sector de la población e intentar diseñar algunas formas de prevención del VIH/SIDA y las ETS, especialmente con las trabajadoras sexuales trans en la noche. Se logran algunos avances cuando alguna autoridad policial tiene interés en ello, pero una vez que esa persona es cambiada de destino se vuelve a fojas cero.

Se señala que parte importante de la clientela de las trabajadoras sexuales trans son hombres heterosexuales casados, con pareja estable (es necesario someter a prueba tal afirmación). Esa afirmación es aceptada como verosímil por funcionarios de la salud, y de allí que planteen la conveniencia de hacer prevención con los clientes, para que adquieran recursos para gestionar el riesgo en su trato con personas trans que tienden a no cuidarse^{xxx}.

El desconocimiento sobre la Población Transgénero, las dificultades de acceso a ellas y los problemas y conflictos de sus organizaciones lleva a algunos/as funcionarios a poner en duda la posibilidad de llevar adelante un Programa de Prevención que tenga resultados positivos^{xxxi}.

4. Conclusiones y recomendaciones sobre objetivos sanitarios y estrategias de prevención hacia las PVP

a) Realizar un estudio de prevalencia de VIH/SIDA en la población homosexual. Este tipo de información ha resultado de gran ayuda en otros países para orientar la acción preventiva y focalizar mejor los recursos.

b) Profundizar el conocimiento, con mayor precisión y rigurosidad, sobre los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras/es sexuales y Personas Transgénero de modo de focalizar mejor el Programa de Prevención, los modelos de intervención y los proyectos orientados a ellos/as, teniendo presente que la prevención apunta a empoderar a estas poblaciones, en general, y personas, en particular, frente al VIH/SIDA y las ETS, así como a tener recursos para una mejor gestión del riesgo. Es necesario profundizar en torno a la diversidad de grupos que las componen. El desconocimiento de las particularidades de los diferentes grupos se traduce en que no se oriente adecuadamente el trabajo de prevención, los recursos, etc., o simplemente, no se llegue a los grupos altamente vulnerables. Son diferentes a nivel individual (identidades, actividades que desarrollan, lugares en que se encuentran, etc.), en su articulación grupal y en su capacidad de constituir o no colectivos y organizaciones. Ello tiene consecuencias para las estrategias, metodologías y técnicas de prevención, que deben ser específicas para cada población.

c) Unificar el discurso de CONASIDA sobre las poblaciones vulnerables prioritarias de manera de resolver las imprecisiones que se constatan en documentos en torno al carácter prioritario de las llamadas PVP, así como en dichos de sus profesionales.

d) Realizar un seminario sobre las Poblaciones Vulnerables Prioritarias que permita una reflexión amplia de profesionales, especialista y personas que son parte de esas poblaciones para construir una agenda de investigación.

e) Realizar investigaciones sobre las poblaciones Vulnerables Prioritarias en el país que abarquen diversas regiones y situaciones, en particular sobre:

- Hombres que tienen sexo con hombres, focalizadas en:
 - o hombres homosexuales
 - o hombres Bisexuales
 - o hombres heterosexuales con prácticas homosexuales
- Personas Transgénero
- Trabajadoras sexuales
 - o que no se controlen en CETS
 - o menores de 17 años
 - o Trabajadores sexuales varones

II. “DESCENTRALIZACIÓN” DE LAS POLÍTICAS Y PLANES REGIONALES INTERSECTORIALES DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y ETS

(Objetivos específico: Evaluación del proceso de “descentralización” de las políticas de prevención en HSH, TS, PT, incorporando la experiencia en poblaciones vulnerables desarrollada a través de la ejecución de los planes regionales intersectoriales de prevención del VIH/SIDA y ETS a nivel nacional)

La estrategia de construcción de los Planes Regionales Intersectoriales de Respuesta al VIH/SIDA y ETS se inició el año 2002, cuando se incorporaron los Compromisos de Gestión Ministerial del 2001. Como estrategia se fundamenta en la necesidad de consolidar procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que permitan integrar y articular en el nivel local las experiencias ya realizadas, así como avanzar en la coordinación de esfuerzos entre el sector Salud –del Estado y la sociedad civil- que desarrollan temáticas interrelacionadas, como son la sexualidad, el desarrollo personal, el autocuidado y la promoción de la salud, para intervenir más efectivamente en problemas relacionados con la salud sexual y específicamente, con el VIH/SIDA y las ETS (CONASIDA/MINSAL s/f)^{xxxii}.

Los objetivos generales de la estrategia de los Planes Regionales Intersectoriales son:

- construir una propuesta nacional para la prevención del VIH/SIDA, que sea intersectorial, descentralizada y participativa, acorde a las necesidades de abordaje de la epidemia y con el contexto local, y
- desarrollar capacidades en el Sistema Público de Salud para generar trabajo intersectorial y construir en conjunto, respuestas preventivas frente a la transmisión del VIH/SIDA.

La metodología utilizada ha sido la de construir planes y proyectos locales, a través de la capacitación de equipos intersectoriales en metodologías de planificación estratégica y enfoque de marco lógico, apoyados técnicamente por CONASIDA y liderados por las Secretarías Regionales de Salud (Seremías). Contempla la participación activa de los Servicios de Salud, otras instituciones del Estado, Organizaciones Sociales y No Gubernamentales e instituciones privadas, todas con trabajo en VIH/SIDA en el territorio geográfico de cada Región. El proceso implica reuniones de sensibilización, talleres de planificación estratégica, jornadas ampliadas de acompañamiento, con participación de los equipos ejecutores de proyectos; reuniones de acompañamiento en terreno y jornadas de evaluación participativas.

Según la estrategia definida, el proceso de participación de todos los sectores y actores involucrados en el desarrollo del Plan Regional debe iniciarse en la actividad de evaluación previa a la formulación de Planes y proyectos. El desafío en esta área lo constituye el mantener la motivación de la participación de quienes integran las redes de trabajo actualmente y en la incorporación de nuevos sectores y actores sociales, esto significa profundizar la construcción conjunta, desarrollando una intersectorialidad amplia en las respuestas preventivas; asociación con instituciones gubernamentales y/o con organizaciones sociales locales, comunidad organizada, así como con ONG’s y Empresas Privadas, considerando aquellas con las cuales hay experiencias así como también otras aún no participantes.

Esta estrategia de trabajo (CONASIDA 2004)^{xxxiii} se encuentra en implementación en las 13 regiones del país desde el año 2000, a través de una planificación bianual. Actualmente, el Ministerio de Salud se encuentra en un proceso de reestructuración en el marco de la Reforma de

Salud, lo que plantea el desafío de incorporar en el análisis y propuestas de acciones, los elementos centrales y lineamientos, particularmente en lo referido a la autoridad sanitaria regional.

Según CONASIDA, la información disponible hace posible sostener que esta estrategia ha permitido, entre otros logros, la incorporación de diversos actores al trabajo preventivo, la movilización de recursos locales, la conformación de redes de trabajo asociativo, aspectos que refuerzan una respuesta local al VIH/SIDA. Por ello, el nuevo período de formulación y ejecución de Planes Regionales implica potenciar y profundizar los ejes centrales de la estrategia que constituyen además compromisos de gestión a nivel del sector salud, compromisos internacionales derivados de UNGASS y del Proyecto “Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional, Intersectorial, Participativa y Descentralizada a la Epidemia del VIH/SIDA en Chile”, en su componente prevención.

Para efectos de la Evaluación resulta conveniente revisar las metodologías de convocatoria e involucramiento utilizadas, poniendo un especial énfasis en el establecimiento de relaciones de trabajo horizontales y participativas, en todos los momentos del proceso de planificación, como lo son la evaluación previa, formulación, ejecución, acompañamiento y evaluación de resultados de los Proyectos, generando capacidades en las organizaciones y personas y Equipos Regionales que potencien autonomía y descentralización.

Los aspectos que requieren especial consideración son:

- El análisis de la situación regional y realidad epidemiológica.
- La descentralización de la construcción y gestión de las respuestas
- La capacidad de desarrollar iniciativas intersectoriales y asociativas con la sociedad civil
- La gestión financiera y costos.
- La evaluación de las iniciativas.

1. La descentralización de la prevención del VIH/SIDA y las ETS

La descentralización de la prevención del VIH/SIDA y las ETS tiene dos objetivos principales: uno, construir una respuesta nacional para la prevención y, dos, desarrollar capacidades para generar trabajo intersectorial y construir en conjunto respuestas preventivas frente a la transmisión del VIH y las ETS. Lo anterior requiere de la participación de los diversos ámbitos de la salud pública; de incentivar proyectos y acciones para la prevención en un contexto de la intersectorialidad, descentralización y participación y, finalmente, incorporar los procesos de descentralización en el nuevo contexto institucional.

a) La respuesta nacional para la prevención del VIH/SIDA y las ETS

Desde CONASIDA se asume que una respuesta nacional a la prevención del VIH/SIDA y las ETS, focalizada en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP) es una cuestión dinámica, que tienen que tener en cuenta las tendencias que va mostrando la epidemia y reevalúa las estrategias en acción, de modo de confirmarlas o reformularlas en base a la evidencia que se encuentra^{xxxiv}.

Profundizando lo anterior, según informantes clave, para que haya una respuesta nacional se requiere la participación de los actores que pertenecen al sector de la salud pública (CONASIDA, Seremías, Servicios de Salud y CETS) y de las organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), aunque no basta con ellos. Para una respuesta nacional se necesita una agenda nacional común, que sea resultado de acuerdos a nivel de gobierno, de autoridades de salud y autoridades de otros sectores de gobierno, tanto a nivel nacional como regional^{xxxv}.

En la actualidad, profesionales y directivos reconocen que hay una formulación de respuesta nacional desde CONASIDA y las Seremías, basada fundamentalmente en las investigaciones y propuestas de estrategias. Lo realizado habría correspondido sólo a intentos de aproximación y sensibilización, no a una respuesta nacional propiamente tal. Se reconoce que ha habido una acción histórica, pero que no alcanza a constituirse en respuesta nacional, y que ha estado marcada fundamentalmente por las campañas masivas de prevención^{xxxvi}. La duda ante la existencia de una respuesta nacional se basa fundamentalmente en que ésta no se ha ajustado a las necesidades locales y no se ha preguntado si efectivamente responde a las poblaciones que dice incluir en su estrategia. La tensión se refiere especialmente a las decisiones en torno a la definición de las Poblaciones Vulnerables Prioritarias.

El centralismo y la falta de consideración de las realidades locales es otro de los puntos críticos de la posible respuesta nacional de prevención del VIH/SIDA y las ETS en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP). Según profesionales y directivos, las tendencias en la epidemia a nivel regional varían –en relación a la nacional- y difieren de los lineamientos brindados desde el nivel central. La crítica apunta al centralismo de las decisiones y que éstas no consideran la participación de profesionales y directivos/as de las regiones. Se debería fortalecer la participación regional y una difundir los trabajos exitosos a nivel nacional^{xxxvii}.

Pero desde regiones se mira con precaución la situación que ha alcanzado la epidemia en el país, y según algunas/os no es suficiente la respuesta que se ha dado^{xxxviii}. La inclusión de otras poblaciones a la categoría PVP es uno de los puntos más problemáticos en la percepción de una respuesta nacional^{xxxix}.

Otro foco de discrepancias en relación a la existencia de una respuesta nacional a la Prevención del VIH/SIDA y ETS en Poblaciones Vulnerables Prioritarias es la insuficiencia de recursos financieros destinados a tal fin. Sólo en el último tiempo se comienza a observar que hay más recursos^{xl}.

Una crítica importante que se hace a la respuesta nacional de prevención del VIH/SIDA y ETS en las PVP, es que las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) han sido desplazadas del foco de prevención. Esta sería una de las principales carencias, que impiden confirmar la existencia de una respuesta nacional^{xli}. De forma tímida se reconoce una suerte de fusión entre la problemática del VIH/SIDA y las ETS^{xlii}, pero es mayoritaria la opinión de que falta apoyo y compromiso de las autoridades nacionales y también de las locales para que se instale una respuesta nacional a la Prevención del VIH/SIDA y las ETS, y que no basta con los lineamientos que se formulan desde CONASIDA ni el apoyo de la Seremía^{xliii}. Una barrera que impediría una respuesta nacional se refiere a la relación que establece CONASIDA con los CETS, toda vez que CONASIDA se relacionaría directamente con ellos, pasando por alto a las Seremías y Servicios de Salud. Esta situación impediría la fluidez de la información a los diversos niveles y afectaría la respuesta nacional que se quiera dar^{xliv}.

b) El desarrollo de capacidades: facilitadores y obstáculos en la implementación de los Planes Regionales Intersectoriales

Un segundo objetivo general de la estrategia de los Planes Regionales Intersectoriales es desarrollar capacidades en el Sistema Público de Salud para generar trabajo intersectorial y construir en conjunto, respuestas preventivas frente a la transmisión del VIH/SIDA.

Se reconoce el papel conductor que ha tenido y tiene CONASIDA en la prevención del VIH/SIDA y las ETS. Hay aspectos que son aplaudidos y otros criticados. Entre los aspectos que se considera positivos en la acción de CONASIDA están:

- La conducción del proceso^{xlv}.
- El rol que ha jugado en la prevención en PVP como organismo ‘capacitador’ para trabajar en esa temática^{xlvi}.
- Su flexibilidad y perfeccionamiento en el tiempo^{xlvii}.

Entre los aspectos que se critica a CONASIDA destacan:

- No hay fortalecimiento de las regiones, aunque tenga más personal. No hay apoyo ni seguimiento^{xlviii}.
- Falta de reconocimiento al trabajo de las regiones^{xlix}.
- Pérdida de poder político y de influencia en el sector de la salud^l.
- Falta de claridad en el papel respecto a las ETS^{li}.
- Falta de retroalimentación con las regiones en relación a los insumos y tratamientos, aunque se reconoce que CONASIDA cumple un rol regulador^{lii}.
- Falta de claridad del papel de las personas “facilitadoras” en las Seremías. Debería ser más participativo^{liiii}.
- Falta de información sobre las investigaciones que se están desarrollando^{liv}.
- La participación de VIVO POSITIVO, como si estuvieran a su alero^{lv}.

c) Los Planes Regionales Intersectoriales de Prevención del VIH/SIDA y ETS y la participación de las Seremías, Servicio de Salud y CETS

En las Seremías existe una evaluación positiva en relación a la descentralización y el desarrollo de iniciativas intersectorial a nivel regional, en la medida en que permiten una gestión de respuestas de acuerdo a las necesidades locales, así como el desarrollo de iniciativas intersectoriales^{lvi}.

- Según las Seremías, desde las Secretarías Regionales de Salud se coordina el Plan Regional, sobre ellas recae la convocatoria y se estructura con el o los Servicios de Salud de la Región. Desde allí se invita a las comunas. El diagnóstico epidemiológico regional fundamenta el trabajo e informa al Plan Regional. Desde esta instancia se asignan los recursos para las intervenciones definidas.
- Desde las Seremías se constituyen instancias de coordinación intersectorial para la prevención del VIH/SIDA y las ETS, que integra a los Servicios y CETS.

Pero no sucede lo mismo con la gestión financiera y los costos.

- En esta área se presentan problemas en la implementación de los Planes Regionales, principalmente porque los Planes Regionales cubren una mayor cantidad de iniciativas a

las previstas desde la instancia nacional y sus financiamientos no sólo tienen su origen en el Ministerio, pudiendo variar sus montos y fuentes en las distintas regiones.

- En relación a los recursos del Fondo Global y el financiamiento de proyectos se ha hecho un aprendizaje que no ha sido fácil.
- Ha habido dificultades de tipo administrativas relativas al flujo y rapidez con que se reciben los recursos acordados.

También se manifiestan dificultades con los compromisos de gestión:

- Desde CONASIDA se ha estado trabajando en los compromisos de gestión para la ejecución de los proyectos acordados, desde el 2000, y a través de ellos se ha buscado dar sustentabilidad a la Prevención en VIH/SIDA y ETS en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias, pero esos compromisos no han quedado del todo claro en las Seremías y Servicios.

d) Intersectorialidad, descentralización y participación en los proyectos y acciones para la prevención del VIH/SIDA y ETS en las PVP

Tres visiones se pueden constatar en relación a la descentralización y los proyectos focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Una optimista, desde CONASIDA, que señala avances en la descentralización y en la participación de las regiones y Servicios en los proyectos focalizados en PVP; otra intermedia, de las regiones 2ª y 5ª, que observa avances, pero que tiene comentarios críticos a diversos aspectos, y finalmente una visión crítica, en la Región Metropolitana^{lvii}.

i. Planes Descentralizados

Las opiniones son diversas en relación a la descentralización de los Planes, para algunos/as se constata un avance y mayor autonomía, lo que permite considerar las realidades locales. Otros/as, en cambio, tienen reparos a los avances en la descentralización, porque seguiría ejerciéndose control desde CONASIDA, sin lograr autonomía suficiente las Seremías.

ii. Planes Participativos

Esta es una de las características más destacadas de los Planes Regionales. Aunque las respuestas muestran diferencias, se destaca su carácter participativo en las regiones 2ª y 5ª y la ausencia de este en la Región Metropolitana. Para algunos la participación está en informar a las organizaciones de la sociedad civil (OSC), para otros, en integrarlas a los proyectos que se formulen, desde la formulación misma.

iii. Planes Intersectoriales

Según CONASIDA, se convoca desde el sector salud, se invita a los sectores y organizaciones de la sociedad civil a sentarse en una mesa en igualdad de condiciones, y se toman decisiones. En las Seremías de la 2ª y 5ª Regiones se reconoce la existencia de un trabajo intersectorial y que los avances observados estarían asociados a esta forma de abordar la Prevención. Esta opinión no es compartida por la Seremía de la Región Metropolitana, porque la descentralización e

intersectorialidad estaría presente en la documentación y en las declaraciones y no en la realidad de las Seremías y Servicios.

iv. Financiamiento y gastos

Uno de los aspectos más críticos de los Planes Regionales, tanto para los/as funcionarios/as entrevistados/as en esta Evaluación, como para aquellos/as que respondieron al trabajo de Sistematización, es el financiamiento y control de gastos de los proyectos financiados para la prevención del VIH/SIDA y ETS en Poblaciones Vulnerables Prioritarias.

v. Evaluación

Según las personas entrevistadas, no ha habido evaluación de la descentralización ni de los Planes Regionales intersectoriales. Se señala la necesidad de evaluar los Planes Regionales, reconociendo que el proceso hasta ahora ha sido positivo. Se requiere rigurosidad en su evaluación, construir indicadores e informar acerca de ellos.

vi. Reforma, Autoridad sanitaria, Planes Regionales y Prevención en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP: HSH, trabajadoras sexuales, personas transgénero)

De acuerdo con CONASIDA, con la Reforma las Seremías pasan a ser la “Autoridad Sanitaria” (rectores de la salud pública en Chile) y se hacen cargo de la intersectorialidad y la participación social en prevención. Con los Planes Regionales cada región definirá las poblaciones prioritarias, de acuerdo a los diagnósticos epidemiológicos locales. Por lo tanto, en ellas se establecerá las poblaciones en que se focalicen los recursos para la Prevención y éstas pueden diferir de las PVP, como ya se ha constatado en algunas Seremías, Servicios de Salud y CETS. Según CONASIDA la sustentabilidad de las acciones de Prevención hacia las PVP está dada porque existe una línea presupuestaria independiente. Según esto, las Seremías no podrían destinar para otro uso los recursos para trabajar con Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP).

2. La intersectorialidad y la prevención del VIH/SIDA y ETS

a) Caracterización de las formas de trabajo en el campo de la prevención VIH/SIDA y ETS de las instituciones estatales

El trabajo intersectorial hacia las Poblaciones Vulnerables Prioritarias ha sido impulsado desde CONASIDA y las propias regiones. Ha sido más intenso en algunas regiones, especialmente la 2ª, 5ª, 8ª y Región Metropolitana. En dichas regiones, los procesos de descentralización generados con los Planes Regionales Intersectoriales han permitido impulsar y establecer acuerdos, primero puntuales, en torno a un determinado proyecto o acción con otras instituciones del sector público, los que han generado confianzas en que es posible emprender actividades conjuntas. En algunos casos se han iniciado negociaciones más amplias, lo que no se ha dado en muchos casos a nivel nacional^{lviii}.

En general, cuando ha habido trabajo intersectorial, se señala que éste ha sido fluido y de mutua cooperación. En el caso de las Seremías, los equipos de los Servicios que han ganado proyectos focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias son los que establecen relaciones con

Organizaciones de la Sociedad Civil para su implementación y, a veces, con otras instituciones del Estado a nivel local. Los equipos de salud que han ejecutado proyectos han logrado, en diversos casos, una buena relación con las Organizaciones de la Sociedad Civil. Lo mismo ha sucedido cuando hay otras instituciones estatales en el desarrollo de tales proyectos^{lix}.

Los equipos de salud que trabajan en prevención del VIH/SIDA y las ETS se plantean opciones y formas de abordar el trabajo tanto intrasectorial, como intersectorialmente. En el trabajo intrasectorial en salud la cuestión que se presenta reiteradamente es ¿hacia quién/qué se orienta el trabajo en relación al VIH/SIDA y las ETS? Si se focalizan en la prevención o en la atención *“Desde la salud pública interesa: ¿asegurar una población que no viva con VIH o me preocupó de la que ya está dañada?”* ¿Cuánto de VIH/SIDA y cuánto de ETS?

En cambio, en las acciones intersectoriales, en la relación con otras instituciones, lo que interesa en el primer momento es que esas instituciones permitan acceder al “público cautivo”, de su jurisdicción, de manera tal que el proyecto pueda efectivamente focalizarse en la población objetivo definida (por ejemplo, adolescentes detenidos en centros de detención; personas que cumplen condenas en centros penitenciarios; estudiantes de enseñanza media; mujeres en tratamiento por drogadicción). En un segundo momento el interés está en lograr que esas instituciones aporten recursos para los proyectos de Prevención en VIH/SIDA y ETS en Poblaciones Vulnerables Prioritarias^{lx}.

Las relaciones en las actividades intersectoriales que se han llevado adelante desde los Planes Regionales Intersectoriales de Prevención del VIH/SIDA en general han sido buenas. Para algunos/as han sido muy buenas con algunas de las instituciones estatales. Aunque se reconoce que es difícil trabajar intersectorialmente^{lxi}.

El sector de Educación es con el que se generan las mayores dificultades para llevar adelante programas y acciones intersectoriales de prevención, cualquiera sea el nivel de trabajo que se pretenda abordar: nacional, regional y/o local. Desde el nivel local se presentan los primeros y mayores problemas en el acceso a los establecimientos educacionales, los contactos son dificultosos, esporádicos. Pese a ello, todos reconocen la importancia de hacer trabajos de prevención con profesores, orientadores, alumnos/as en relación al VIH/SIDA y las ETS. Tanto es así, que este sector es sentido como el gran ausente en la tarea de prevención. Para muchos/as lo que se ha hecho es ‘apagar incendios’ y esperan una mayor apertura, de los propios establecimientos, de las municipalidades (especialmente de sus Alcaldes) y de las autoridades del sector público, tanto de la educación y como de la propia salud^{lxii}.

En las distintas regiones se ha trabajado con instituciones públicas a nivel local, entre ellas INJUV, Municipalidades, SERNAM Carabineros, Educación, CONACE, PRODEMU, universidades. Desde CONASIDA se han establecido relaciones y contactos con INJUV, SENAME, SERNAM, Defensa, Justicia y Educación. Con SERNAM se ha iniciado recientemente un trabajo intersectorial, focalizado especialmente en la prevención del VIH/SIDA en mujeres, pero ha sido difícil trabajar en conjunto con las mujeres pertenecientes a las Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Con Carabineros se está comenzando un trabajo más sistemático en algunas regiones, especialmente en lo relativo a discriminación hacia la población trans y travesti.

b) Facilidades en las actividades de prevención en la intersectorialidad

Las principales facilidades están en las propias instituciones públicas y sus funcionarios. Las características de las institucionales, cuando hay acuerdo a nivel de las autoridades, permiten trabajar de manera expedita y eficiente a nivel intersectorial. Las relaciones interinstitucionales se dan en el marco de las jerarquías institucionales existentes y de las relaciones de verticalidad que tiene cada repartición. Contando con esa jerarquía es posible llevar a cabo tales actividades.

- Una fortaleza del Sector de la Salud sería su jerarquía y el respeto que se le tiene en su relación con otras instituciones.
- También destaca la motivación del personal de salud en las actividades de prevención, así como la buena disposición y motivación de algunas personas de otras instituciones con las que se trabaja intersectorialmente^{lxiii}.

c) Problemas que se presentan con la intersectorialidad en el trabajo preventivo del VIH/SIDA y ETS

Una afirmación recurrente en las distintas regiones y en la propia CONASIDA fue que la intersectorialidad no es una orientación presente las políticas públicas gubernamentales, que no forma parte de la cultura del sector público. Este hecho debilita las iniciativas que se toman en esa dirección desde los Planes Regionales Intersectoriales. No hay un trabajo asociado a nivel político gubernamental (CONASIDA), ni una política intersectorial (SSVSAnt). Algunos, incluso, desconfían de la voluntad de las autoridades de gobierno de asumir la prevención del VIH como un tema intersectorial de la agenda pública política (Seremía5^aR).

Los principales problemas señalados para la intersectorialidad son:

- i. Las diferencias de posturas políticas al interior de la alianza gobernante que dificultan avanzar en la prevención del VIH/SIDA de manera intersectorial
- ii. Fragilidad de las experiencias
 - En diversos casos estas experiencias intersectoriales son locales y temporales, no tienen continuidad en el tiempo
 - Las experiencias son débiles y no se ha logrado movilizar capacidades de esas otras instituciones, no se ha logrado una triangulación.
 - Falta continuidad en las políticas y de las personas responsables de aplicarlas. Esta situación crea tensiones con las organizaciones y con las actividades programas a nivel intersectorial, por la discontinuidad que produce.
 - Existen problemas de coordinación, rapidez, de estructura de mando
 - Falta mayor trabajo en las regiones
- iii. Dificultades financieras y de recursos humanos
 - Ha habido dificultades con los recursos financieros de los proyectos
 - Faltan Recursos Humanos
- iv. Falta de interés de parte de los funcionarios de salud y resistencia al cambio
 - Resistencia al cambio del modelo de trabajo
- v. Desde que hay más recursos para la prevención del VIH/SIDA, el acceso al dinero se ha transformado en una cuestión principal, y lo que antes se hacía en forma voluntaria, hoy es cobrado o valorado en dinero
- vi. Discriminación social a las minorías sexuales

- Las instituciones públicas no siempre están preparadas para dar espacio a grupos de minorías sexuales^{lxiv}.

3. Conclusiones y recomendaciones sobre el Plan Nacional de Prevención del VIH/SIDA y las ETS y su focalización en las PVP

La descentralización iniciada con los Planes Regionales Intersectoriales y la acción de CONASIDA en la prevención del VIH/SIDA y ETS es muy positiva en la medida que obliga a las regiones a asumir sus propias realidades con capacidad de decisión y cierta cantidad de recursos. Así es reconocido en los servicios y Seremías, que permite focalizar mejor las acciones en las realidades locales y comprometer las voluntades de los servicios y otros organismos públicos. No obstante, se trata de un proceso en curso, iniciado recientemente.

El desafío es profundizar la descentralización, por una parte, y por otra, integrar las tareas de prevención a nivel de la nueva autoridad sanitaria y en coordinación con las redes de atención. Se debe seguir transfiriendo el acervo de conocimientos, experiencias, el soporte teórico y conceptual de la estrategia adoptada por CONASIDA y desarrollada en todos estos años.

En relación a la descentralización de la prevención del VIH/SIDA y las ETS, dos acciones estratégicas están en curso: una, la respuesta nacional para la prevención, la otra, desarrollar capacidades en el sistema público de salud para generar trabajo intersectorial y construir una respuesta preventiva.

La evaluación que se hace de la respuesta nacional de prevención (ver notas final del texto xxxiv a lxiv- destaca que en su formulación están presentes las orientaciones generales de política emanadas desde CONASIDA, y que en el futuro se requiere una mayor precisión y participación de los diferentes actores, tanto del propio sector de la salud como de otros sectores, para articular una respuesta nacional preventiva que involucre a los diferentes sectores. Así es señalado en las regiones, servicios de salud y CETS, por los informantes clave. Es una tarea que, para ser lograda, requiere del apoyo de las autoridades nacionales de salud y de aquellos sectores con mayor significación, como son Educación, Interior, Justicia. También se necesita del apoyo de las autoridades locales en las distintas regiones.

Se ha logrado desarrollar capacidades en el sistema de salud pública para avanzar en el trabajo intersectorial. Se reconoce el liderazgo y los avances desde CONASIDA. Se han establecido mecanismos entre el nivel nacional con las regiones, a través de los Planes Regionales, y se inician la constitución de instancias nacionales de coordinación con sectores. Las regiones en las que se consultó a informantes clave señalan avances en sus respectivos ámbitos. Estos avances son parte de un aprendizaje que aún no tiene, en general, continuidad en el tiempo, sino que está acotado a los proyectos. En algunos casos, estas acciones están asociadas a intereses más bien personales de algunas autoridades, pero al cambiar éstas, pierden fuerza las iniciativas.

Se constata la importancia de la propuesta estratégica que señala la intersectorialidad como base de una respuesta preventiva del VIH/SIDA y las ETS, en general, y en las PVP en particular. Se reconoce que la intersectorialidad es fundamental para una estrategia integral de prevención del VIH/SIDA en la población en su conjunto y también en las PVP. Sin embargo, de acuerdo a los objetivos estratégicos de CONASIDA es necesario avanzar más. Las acciones actuales son

relativamente precarias y ocasionales y en muchos casos, no tienen continuidad en el tiempo ni sustentabilidad si no logran el aval de las direcciones de las respectivas instituciones. Ello supone un trabajo político al interior de los organismos públicos, partiendo por los ministerios (Educación, principalmente). Se requiere una expresión de voluntad política desde el más alto nivel de gobierno. Los informantes clave señalan que hay lentitud en este proceso, tanto a nivel nacional, regional y local, y tiene consecuencias en la calidad, oportunidad y eficacia de las acciones de prevención.

Recomendaciones^{lxv}

a) Profundizar la respuesta nacional y regional de prevención del VIH/SIDA y ETS en relación a las poblaciones vulnerables prioritarias. La respuesta preventiva intersectorial nacional y regional focalizada en las PVP debería establecer objetivos y metas anuales, financiamiento, cobertura a nivel nacional y de las regiones, articular los distintos niveles de atención: primaria, secundaria, Centros de ETS; coordinarse con Promoción de la Salud, todo ello en el contexto de la reforma a la salud.

b) Informar a las distintas instancias, profesionales y personal de la salud, organizaciones y grupos que están trabajando con las PVP, sobre cómo la reforma a la salud, la autoridad sanitaria y la regionalización se integran en la profundización de la respuesta nacional preventiva del VIH/SIDA y ETS, y en particular aquella focalizada en poblaciones vulnerables prioritarias.

c) Buscar el apoyo explícito de los gobiernos regionales a la respuesta nacional de la prevención del VIH/SIDA y ETS en PVP. Los Gobiernos Regionales y las Seremías deben expresar su apoyo a los Planes Regionales Intersectoriales de Prevención del VIH/SIDA y las acciones orientadas a las PVP.

d) Fortalecer una cultura institucional de actuar intersectorialmente con otras reparticiones públicas. Las instituciones no tienen una cultura de intersectorialidad, salvo en aquellas áreas que han sido tradicionalmente compartidas.

e) Profundizar sobre la discriminación que limita las acciones de prevención focalizadas en PVP. Disponer de recursos y tiempo para hacer actividades que visibilicen las discriminaciones existentes tanto a nivel de los servicios de salud como en las otras instituciones con que se trabaja intersectorialmente.

f) Fortalecer la descentralización y las capacidades del sistema público para la acción preventiva en las PVP

- Fortalecer los Programas Regionales Intersectoriales.
- Programar las actividades de Prevención focalizadas en las PVP desde la autoridad sanitaria y políticas que emanen de la autoridad central, definiendo equipos en cada instancia –regional, servicios- que apliquen las orientaciones en los proyectos y acciones específicas, que evalúen las intervenciones y proyectos, que cuenten con recursos profesionales, financieros y espacio físico para llevar adelante esta actividad.
- Que las políticas estén respaldadas por entidades públicas.
- Fortalecer los planes regionales para las PVP
- Descentralizar efectivamente los recursos

- Tener flexibilidad para ver las brechas y espacios territoriales donde no se ha estado presente, aunque signifique cambiar las metodologías
- Generar un equipo que ejecute, que conduzca los lineamientos y orientaciones del programa dentro de la región y bajar esto a los Servicios de Salud y CETS.
- Que la prevención tenga coherencia y un espacio físico en la SEREMI con un equipo sólido que implemente políticas. Que se programen, se cumplan y se evalúen.

g) Incorporar la prevención en VIH/SIDA y las ETS focalizada en PVP en las diversas instancias institucionales

- Clarificar las reglas en los Planes Regionales
- Ampliar el trabajo intersectorial
- Establecer mecanismos de coordinación más expeditos entre las diversas instancias del sector salud y las otras instituciones con las que se trabajo los Planes Regionales de Prevención del VIH/SIDA.
- Establecer alianzas para generar colaboración con instituciones del Estado, especialmente aquellas que focalizan su accionar en las poblaciones más vulnerables

h) Incorporar al sector Educación, que hasta el momento es el gran ausente de las actividades de Prevención del VIH/SIDA y las ETS. Es la motivación de los agentes educativos, así como el interés de sectores de estudiantes, lo que explica que se desarrollen actividades en escuelas, universidades, etc. Ello supone adquirir una visión y misión de conjunto que permita superar las competencias y rivalidades que a veces aparecen en estos intentos.

i) Responder la demanda que surge especialmente de los CETS sobre el abordaje de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la respuesta preventiva al VIH/SIDA focalizados en PVP, de manera que se valore la prevención de las ETS y se integre tanto el VIH/SIDA y las ETS a un sólo equipo de salud.

j) Incentivar al personal a trabajar en la prevención primaria del VIH/SIDA y las ETS

- Resaltar desde los niveles de dirección la importancia que tienen los profesionales que están trabajando en prevención del VIH/SIDA y las ETS,
- Incentivar a que ellos/as sientan que su acción es fundamental,
- Proveerles de recursos metodológicos para integrar a los/as responsables de otras instituciones en las acciones de prevención primaria focalizadas en las PVP.

k) Destinar, en los servicios de salud y en consultorios de atención primaria, horas exclusivas para la prevención primaria de Prevención del VIH/SIDA y las ETS focalizadas en las PVP

4. Conclusiones y recomendaciones sobre CONASIDA y la prevención del VIH/SIDA y ETS en las PVP, en el nuevo contexto institucional, según los informantes clave^{lxvi}

La Reforma del sector Salud plantea un conjunto de preguntas en torno a CONASIDA y el papel que cumplirá a partir de la Reforma en relación a la prevención en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias.

Entre estas preguntas están aquellas relativas a la articulación en dos subsecretarías de las actividades de CONASIDA, que hasta el año pasado eran manejadas centralmente: ¿qué actividades serán tarea de las Redes y qué queda en Salud Pública? ¿Cuál es el nivel de responsabilidad de cada subsecretaría? ¿Qué relación se establecerá con las regiones, con los Servicios de Salud y CETS? ¿Qué relación se establecerá con la autoridad sanitaria?

Es necesario responder las preguntas anteriores y darlas a conocer a los distintos interlocutores de CONASIDA, ya sea al interior del sector de la salud público, como hacia las organizaciones de la sociedad civil, dado que la ausencia de respuestas a estas y otras preguntas genera inquietud e incertidumbre.

Recomendaciones de los informantes clave

a) Definir la relación entre la Autoridad Sanitaria y CONASIDA:

- Dar a conocer el rol que cumplirá CONASIDA y su estructura en el marco de la Reforma.

b) Incentivar el trabajo intersectorial.

- Trabajar asociadamente (asociatividad) con promoción de la salud
- Reconocer el trabajo de regiones (Seremías, Servicios de Salud y CETS), que es donde se pueden posicionar el tema.
- CONASIDA debe regir las orientaciones de la prevención a nivel nacional, pero que debe dejar espacios para la autonomía de la autoridad sanitaria y la definición de los planes regionales. Por ello también la CONASIDA debe evaluar el trabajo y la planificación de las regiones
- Debe generar espacio político para la intersectorialidad.

c) Incentivar la descentralización. Debería ser un eje central para las regiones. CONASIDA empezó desde antes, tiene ventajas comparativas en relación a otros programas.

d) Profundizar el trabajo en prevención. Intervenir más en la prevención

- Sensibilizar a las personas en estos temas, que tengan interés
- Fortalecer el trabajo en VIH/SIDA y ETS por medio de mayor capacitación

e) definir la relación de CONASIDA con las ETS

- Incluir a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en sus lineamientos y proyectos

f) Establecer el tema de la gratuidad de tratamientos e insumos en la Reforma. Debe tratar el tema de la gratuidad de la atención al VIH en los SS.

g) Fortalecer los recursos financieros y humanos:

- Fortalecer los equipos regionales
- Reforzar del recurso humano existente.
- Definir un perfil de los profesionales que trabajen con PVP.
- Transparentar el presupuesto en Prevención en PVP y los mecanismos para su adjudicación
- Gestionar recurso, que lo han hecho muy bien a través de las alianzas que ha desarrollado (Fondo Global)
- Aumentar recurso para capacitar como servicio, la tendencia es que unos pocos tienen acceso a la información.

g) Hacer evaluaciones, analizar la información. Se debe hacer evaluaciones, sistematizaciones, seguimientos.

- Interpretación de datos y equipo profesional.
- Faltan equipos que hagan interpretación de la información

III. RELACIÓN “ESTADO/SOCIEDAD CIVIL” Y MODALIDADES ASOCIATIVAS EMPRENDIDAS EN EL TRABAJO CONJUNTO

(Objetivos específico: Dar cuenta de la relación “Estado/Sociedad Civil” y sus modalidades asociativas emprendidas en el proceso de trabajo conjunto.)

1. La asociación con la sociedad civil para la prevención del VIH/SIDA y ETS focalizada en las PVP^{lxvii}.

Una de las cuestiones centrales de la estrategia de prevención de CONASIDA ha sido incentivar la asociación con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). La asociatividad con las OSC es una orientación central en la construcción de los Planes Regionales Intersectoriales y es parte de los objetivos técnicos impulsados en la prevención focalizada en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias.

En CONASIDA, las Seremías, los Servicios de Salud y los CETES se estima necesario que existan Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) para implementar los objetivos sanitarios focalizados en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias. No basta con tener clara la parte asistencial y las orientaciones principales de la Prevención, se requiere llegar a las poblaciones prioritarias y ese no lo puede hacer el sector salud sin el apoyo de OSC que estén insertas en esas poblaciones. De ahí la necesidad de que se organicen y desarrollen capacidades técnicas que les permitan ser parte de los proyectos focalizados en PVP^{lxviii}.

Así, la acción de CONASIDA hacia la prevención del VIH/SIDA y ETS en las poblaciones vulnerables prioritarias ha estado puesta en el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil existentes. Se constata en los proyectos orientados a la prevención focalizados en las PVP, y en la cantidad de recursos financieros relativamente significativa que ha sido destinada a Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que realizan actividades de prevención en Hombres que tienen sexo con hombres, Personas Transgénero y Trabajadoras/es sexuales desde los 90’ (Ver punto V Relación costo / persona). Se ha establecido, en general, mecanismos de colaboración en torno a iniciativas específicas centradas en la prevención, tanto a nivel de CONASIDA y Seremía de la Región Metropolitana con las OSC más estructuradas. En las regiones existen relaciones con distintos niveles de cooperación entre las Seremías y las OSC regionales, o de las ciudades más importantes; las relaciones más políticas con las OSC son llevadas desde las Seremías^{lxix}.

Las opiniones sobre la asociatividad con las organizaciones de la sociedad civil en el período en evaluación -1998-2003- varían entre los informantes clave del sector de la salud pública^{lxx}. Aunque, en general, reconocen cambios importantes en las propias organizaciones que han tenido un efecto positivo en la prevención del VIH/SIDA en las poblaciones vulnerables prioritarias. Los cambios tienen que ver con el empoderamiento de los grupos vulnerables. En este período se han validado socialmente y han desarrollados experticias en el campo de los proyectos de Prevención. Las poblaciones homosexuales y transgénero se han posicionado desde sus propios mundos -especialmente las organizaciones del movimiento homosexual- y han desarrollado agendas públicas que incorporan la Prevención del VIH/SIDA y las ETS. Han ampliado su mirada desde el VIH/SIDA a la Salud Sexual y Reproductiva y a las ETS que han sido beneficiosos para el sector de la Salud. En este mismo período se constatan avances contra la discriminación hacia la población homosexual, y en menor grado con la población trans y

trabajadores/as sexuales. Las organizaciones han sido fundamentales en ese avance, así como en el cambio cultural de los propios Servicios de Salud.

Las Organizaciones de la Sociedad Civil más fuertes asociadas a la prevención en PVP y con mayor historial están ubicadas especialmente en Santiago y algunas tienen experiencias recientes en regiones y con menor desarrollo organizacional, salvo SIDACCION en la V Región. Una política que tiene años en CONASIDA ha sido impulsar a que estas organizaciones se fortalezcan y amplíen su presencia en regiones^{lxxi}.

Que existan Organizaciones de la Sociedad Civil no implica que necesariamente desarrollen trabajo asociativo entre ellas o con los Servicios de Salud; en algunos casos funcionan como entidades separadas en torno al mismo objetivo: prevenir el VIH/SIDA y las ETS en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias^{lxxii}.

Pero no siempre existen organizaciones y a veces cuando las hay no siempre han focalizado su acción a la prevención del VIH/SIDA, ni han establecido relaciones entre ellas para el trabajo en prevención del VIH/SIDA y ETS. Es por ellos que se ha planteado, paralelamente, tanto en CONASIDA como en las organizaciones existentes, el cómo lograr la creación de nuevas organizaciones, especialmente entre aquellas poblaciones vulnerables prioritarias que no las tienen y en las regiones en las que no las hay. Esta situación adquiere especial importancia habiendo personas que podrían participar en estas organizaciones, pero que no lo hacen porque no quieren ser reconocidas como tales. La discriminación hacia las poblaciones vulnerables prioritarias explican, en parte, las dificultades para la creación de nuevas organizaciones, especialmente en regiones y ciudades más pequeñas.

Asimismo, la construcción de redes de organizaciones de la sociedad civil ha sido una ocupación, en los últimos años, de CONASIDA y de diversas organizaciones que trabajando en prevención del VIH/SIDA no necesariamente representan a las PVP. Redes que potencien el trabajo de prevención y permitan una mayor cobertura de las actividades.

Las posiciones observadas en la Evaluación, tanto de CONASIDA como de las Organizaciones de la Sociedad Civil que tienen algún tipo de representatividad de poblaciones vulnerable prioritarias y forman parte de su agenda, no siempre son concordantes, aunque en general han trabajado en iniciativas y proyectos conjuntos durante el período que fue evaluado.

Las opiniones han sido, en ocasiones, discrepantes entre CONASIDA y las Seremías en lo que dice relación a la creación de organizaciones y redes de PVP desde las instituciones del Estado. Según la posición expresada por informantes clave de CONASIDA, no es rol del gobierno ni de CONASIDA participar en la creación de organizaciones de las poblaciones vulnerables prioritarias ni participar de la construcción y legitimación de referentes organizacionales en estas poblaciones para la prevención del VIH/SIDA y las ETS, aunque se trabaja junto a las organizaciones de PVP existentes, construyendo vínculos de confianza. Por el contrario, desde las Seremías se manifiesta que la autoridad sanitaria debe dar apoyo y facilidades para que se creen organizaciones de poblaciones vulnerables prioritarias en todas las regiones, que tengan ascendiente sobre sus pares y participen en la Prevención del VIH/SIDA y las ETS en tales poblaciones; que sean diferentes a las existentes en torno a redes ya establecidas de PVVIH. Según informantes clave de las Seremías estas líneas de trabajo deben estar presentes en los Planes Regionales Intersectoriales. Señalan, en algunos casos, que desde los Servicios se ha dado

apoyo ocasional a la creación de organizaciones de PVP y al trabajo con algunas de ellas, tratando de generar iniciativas asociativas, pero no siempre han tenido permanencia en el tiempo, algunas se desarticularon o desaparecieron.

Sobre la creación de redes, desde CONASIDA y el sector salud se han constituido y apoyado a estructurar redes regionales y locales en la prevención del VIH/SIDA y las ETS. En regiones se han creado instancias regionales. En la 5ª Región, a partir de la creación del Consejo Regional del VIH/SIDA, se ha establecido una red con organizaciones de la sociedad civil donde están presentes algunas organizaciones que son de Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Una acción similar se ha llevado a cabo en la 2ª Región. En la Región Metropolitana se ha hecho avances y se ha logrado establecer vínculos con las organizaciones existentes en Santiago que trabajan con CONASIDA.

Son pocos los funcionarios que tienen conocimiento de las distintas organizaciones existentes, usualmente mencionan aquellas/s con las que han tenido contacto directo, e incluso no todos tienen claro qué se quiere decir cuando se habla de la Sociedad Civil^{lxxiii}. En general, se les conoce como ONG, organizaciones gay, organizaciones asociadas a VIVO POSITIVO y como Organizaciones de la sociedad civil (OSC), y se les menciona indistintamente de una u otra forma^{lxxiv}. Los que tienen más información son normalmente aquellos funcionarios que tienen funciones directivas, sea como Encargados de Programas de VIH/SDIA y ETS, responsables de CETS, o miembros de las Seremías. Cuando se habla de la OSC, en general, se reconoce una amplia variedad y heterogeneidad entre estas organizaciones. Se distinguen entre ellas porque presentan diferencias en sus intereses, en el tamaño, en sus liderazgos, en las formas de organizarse, en la solidez con que son percibidas -hay algunas muy fortalecidas y otras, la mayoría muy precarias-, y en la rotación de sus integrantes^{lxxv}.

a) Fortalezas del trabajo asociativo con las OSC^{lxxvi}

En CONASIDA, las Seremías, Servicios de Salud y CETS se reconoce un conjunto de fortalezas en el trabajo con las organizaciones de la sociedad civil que apuntan a las capacidades que tienen las propias organizaciones y a la posibilidad de que se inserten en la prevención focalizada en la poblaciones vulnerables prioritarias con una perspectiva semejante a la del sector salud^{lxxvii}.

i. Las capacidades de las propias OSC y su convocatoria^{lxxviii}

- Las organizaciones ya son conocidas y se sabe como trabajan
- Las organizaciones tienen capacidades instaladas, recursos, experiencia en al trabajo con las Poblaciones Vulnerables Prioritarias.
- Es importante la credibilidad que tienen, su capacidad de convocatoria es mayor y permite que haya una mayor cantidad de recursos dispuestos a trabajar en la Prevención
- Es una colaboración fundamental para el trabajo en prevención

ii. La agenda de las OSC incluyen la prevención del VIH/SIDA y las ETS con una perspectiva semejante a la del sector salud y permiten ampliar la cobertura y disminuir la discriminación

- Las poblaciones homosexuales y transgénero se han posicionado desde sus propios mundos -especialmente las organizaciones del movimiento homosexual- y han desarrollado agendas públicas que incorporan la Prevención del VIH/SIDA y las ETS. Se

- han validado socialmente y han desarrollado experticias en el campo de los proyectos de Prevención.
- Hay avances desde la población homosexual al ampliar su mirada desde la VIH/SIDA a la Salud Sexual y Reproductiva y a las ETS que han sido beneficiosos para el sector de la Salud.
 - Algunas organizaciones muestran interés, capacidad e iniciativa para trabajar en la Prevención del VIH/SIDA y las ETS
 - Es compartida la perspectiva para la Prevención, hay un amplio acuerdo con las organizaciones
 - Sus experiencias son valiosas y son un recurso fundamental para controlar la epidemia. Es necesario incorporar esa visión en los Planes Regionales Intersectoriales a través de esas organizaciones
 - Se han logrado aprendizajes mutuos entre el sector de la Salud y las organizaciones para enfrentar la Prevención de la epidemia y para profundizar en los factores que aseguren una mejor gestión del riesgo y en la visibilidad y comprensión de las vulnerabilidades que tienen las diversas poblaciones
 - Las organizaciones han sido fundamentales en el avance contra la discriminación, así como en el cambio cultural de los propios Servicios de Salud.
 - Las relaciones con las organizaciones en general son amigables, hay empatía para trabajar en forma conjunto.

b) Problemas en el trabajo preventivo de VIH/SIDA y ETS focalizado en las poblaciones vulnerables prioritarias

Diversos problemas se presentan en el trabajo asociativo con las Organizaciones de la sociedad. Se pueden agrupar en cuatro tipos de problemas, los que dicen relación con las propias organizaciones, con las relaciones que se establecen con las Seremías, Servicios de Salud y CETES, con los recursos y financiamiento, y con las dificultades en la ejecución de los proyectos focalizados en las PVP^{lxxix}.

i. Problemas desde el interior de las propias organizaciones:

- Que el trabajo de prevención del VIH/SIDA y las ETS no sea parte de la agenda política de las organizaciones ni de sus dirigentes
- Precariedades de los dirigentes de las OSC en su formación e interés que dificulta establecer relaciones de asociatividad
- La alta rotación de dirigentes en sus puestos
- Precariedad de recursos y dificultades internas de las organizaciones
- Poca representación territorial a lo largo de Chile
- Dificultades en establecer relaciones de triangulación entre instituciones públicas y las organizaciones para movilizar sus propias capacidades

ii. Problemas en la relación con los Seremías y Servicios de Salud

- Dirigentes y personas de las organizaciones tratan de meterse en actividades técnicas y médicas creando malestar y confusión en los pacientes y en los/as profesionales
- Descalificaciones de las autoridades y profesionales que en ocasiones hacen miembros y/o dirigentes de las organizaciones

- Falta de consecuencia de algunos dirigentes de organizaciones de PVVIH en relación a los comportamientos preventivos personales
- Ausencia de formalidad en las relaciones entre el sector salud y las organizaciones, que permita establecer relaciones claras

iii. Problemas con los recursos y financiamientos

- Dificultades para la definición de criterios, a nivel regional, en la distribución y uso de recursos que tienen su origen en los Planes Regionales y en los proyectos focalizados en PVP
- Atrasos y problemas en la rendición financiera de los recursos asignados
- Presiones que ejercen dirigentes de las organizaciones sobre funcionarios/as que están a cargo de los recursos financieros y su destino

iv. Problemas en la ejecución de proyectos focalizados en PVP

- No siempre realizan las acciones planificadas
- Orientan los recursos a otras poblaciones que no son las PVP

2. Las OSC y el trabajo asociativo de prevención en HSH^{lxxx}

En la Evaluación se constató diferencias de opinión entre los informantes clave sobre cuáles son las organizaciones de la Sociedad Civil más adecuadas para trabajar con las poblaciones vulnerables prioritarias, si las que tienen su origen en el movimiento homosexual -y se reconocen como tales-, o aquellas asociadas a VIVO POSITIVO, de personas viviendo con VIH (PVVIH).

Los problemas se presentan en los abordajes de las acciones de prevención porque unos se presentan con hombres gay, miembros de un movimiento que tiene agenda política y busca actoría social como movimiento homosexual; los otros se presentan como hombres viviendo con VIH y, aunque sean homosexuales en una proporción importante, su agenda es generalista y no reconoce una actoría política homosexual. Los primeros han hablado históricamente de población de varones homosexuales, así fue hasta el año 2000, y los segundos se refieren a Hombres que tienen sexo con hombres. De esta manera se introduce en las actividades de prevención una mirada generalizadora de las poblaciones a ser focalizada y a suponer que todos se comportan de manera semejante, lo importante pasan a ser las prácticas y nos los sentidos que tienen esas prácticas en las vidas de esas personas, sea ocasionales y permanentes.

Salvo en Santiago donde existen organizaciones relativamente fuertes, con una actoría pública importante, y en Valparaíso, Concepción y Antofagasta algunas más precarias (salvo SIDACCION en la 5ª Región), es notable la ausencia de referentes organizacionales en general en las distintas regiones y ciudades del país, cuando existen organizaciones homosexuales son precarias y con ello se dificulta el trabajo asociativo con el sector de la salud. Por el contrario, la presencia de organizaciones de PPVIH en muchas de las grandes ciudades, asociadas o no a VIVO POSITIVO, les ha permitido establecer relaciones con el sector salud y participar en los Planes Regionales y en los proyectos focalizados en PVP. Y en diferentes lugares son los referentes de los proyectos de prevención primaria orientados a HSH.

Pese a que hay personas homosexuales en las distintas ciudades del país, estas no se organizan en agrupaciones gay, para mantener su invisibilidad y no ser objeto de discriminaciones y homofobia. En algunos casos prefieren expresarse a través de organizaciones culturales o de grupos de PVVIH. Tampoco fue parte de la agenda de las organizaciones gay la prevención del VIH/SIDA en sus primeros años y su inclusión generó amplios debates. Las organizaciones homosexuales mayores que existen en Santiago sólo en los últimos años incorporaron en su agenda la prevención el VIH/SIDA como una cuestión principal, y están en una etapa de ampliar su campo territorial.

VIVO POSITIVO y las organizaciones de PVVIH de regiones desde sus inicios han incorporado en su agenda la prevención secundaria y la atención del VIH/SIDA. Han trabajado con personas que viven con el virus, tanto en la prevención secundaria y la adherencia Y en este período han adquirido un fuerte protagonismo que se constata en la evaluación.

Las dificultades en CONASIDA y en las Seremías se han presentado cuando se trata de hacer prevención primaria de VIH/SIDA ¿Con cuáles organizaciones se debe establecer relaciones de asociatividad? ¿Cuáles son las que efectivamente existen? La opinión escuchada en CONASIDA es que la prevención primaria no le corresponde a las organizaciones de PVVIH, pese a que estiman que VIVO POSITIVO está muy interesada en trabajar también en este campo y sería parte de su agenda política, para validarse y lograr aceptación social. La relación con ASOSIDA vendría a ser una respuesta a la cuestión planteada. El debate anterior, según los informantes clave, ha generado tensiones en las relaciones entre CONASIDA y las Seremías con VIVO POSITIVO.

3. Las OSC y el trabajo asociativo de prevención del VIH/SIDA en Trabajadoras/es Sexuales^{lxxxix}

Según los informantes clave, es difícil la sustentabilidad de las organizaciones de las mujeres que se dedican al comercio sexual, especialmente por la visibilidad social que adquieren. Muchas de ellas no se identifican como trabajadoras sexuales, sino como bailarinas, topleteras, shoperas. En su mayoría son jefas de hogar y no trabajan por placer, sino por sus hijos; una proporción de ellas se controla en los CETS y su actividad, normalmente no es conocida por los familiares ni por los vecinos; cuando ello sucede se exponen a ser discriminadas, ellas y sus familiares. De allí que mantener el anonimato es una cuestión de sobrevivencia social. Por el contrario, las organizaciones, para permanecer y tener sustentabilidad, requieren de la visibilidad de sus integrantes, al menos de sus dirigentes. Esto de alguna manera explicaría la fragilidad de las organizaciones de las trabajadoras sexuales en las actividades de prevención del VIH/SIDA y las ETS, según las profesionales y trabajadoras sexuales entrevistadas. En general los requerimientos que hacen las trabajadoras sexuales a sus organizaciones tienen que ver más con consultas y temas de derechos laborales, con lo contractual -en aquellas que trabajan en relación de dependencia-, pero una vez resuelto el problema muchas no vuelven a la organización.

Las organizaciones que han hecho de contraparte de los Servicios de Salud y CETS en los proyectos focalizados en Trabajadoras/es Sexuales han sido principalmente la Fundación Margen y el Sindicato Ángela Lina. Las opiniones de los informantes clave, sobre ambas organizaciones, indican la precariedad de éstas, los problemas de sustentabilidad que presentan y las disputas internas.

4. Las OSC y el trabajo asociativo de prevención del VIH/SIDA en Personas Transgénero

lxxxii

Diversas organizaciones han participado en proyectos de prevención con la Población Transexual. En las regiones 2^a, 5^a y Metropolitana están constituidas algunas de ellas. Son organizaciones relativamente nuevas, algunas con creación de liderazgos y construcción de agendas públicas y de Prevención en VIH/SIDA y ETS.

No ha sido fácil, según los informantes clave, la relación entre Seremías, Servicios de Salud y CETS con las organizaciones y dirigentes en las actividades de prevención. Disputas internas, problemas de liderazgo, dificultades con el manejo de recursos, falta de prolijidad en los informes y rendiciones son algunas de las cuestiones mencionadas.

5. Conclusiones y recomendaciones sobre asociatividad con las Organizaciones de la Sociedad Civil

El trabajo asociativo del sector de la salud y CONASIDA con las organizaciones de la sociedad civil es fundamental para el lograr los objetivos estratégicos de prevención del VIH/SIDA y ETS en las poblaciones vulnerables prioritarias. Y ha sido un factor de primera importancia en los avances logrados en el período de la Evaluación 1998-2003.

Ha habido grandes cambios en las organizaciones con efectos positivos en la prevención del VIH/SIDA en las poblaciones vulnerables prioritarias, en el empoderamiento de las propias organizaciones y de las poblaciones en las que se ha focalizado la acción preventiva. Las OSC se han validado socialmente en el sector de la salud, en sus distintos niveles nacionales y regionales, y son más reconocidas en las propias poblaciones objeto de acción. Han estimulado cambios culturales en torno a la diversidad, reconocimiento de derechos y confidencialidad de la institucionalidad de la salud pública. Los cambios producidos en las organizaciones y grupos en que se ha focalizado la acción se expresan en mayor empoderamiento. Estas OSC han desarrollado agendas públicas que incorporan la Prevención del VIH/SIDA y las ETS y han permitido avances contra la discriminación hacia la población homosexual, y en menor grado con la población trans y trabajadores/as sexuales. Las organizaciones han sido fundamentales en ese avance, así como en el cambio cultural de los propios Servicios de Salud.

No obstante, no todas las poblaciones vulnerables prioritarias PVP dan origen a colectivos y organizaciones propias, autónomas con las que se pueda trabajar. Es necesario reconocer las particularidades, precariedades y debilidades de las OSC de las poblaciones vulnerables prioritarias y las consecuencias que ello tiene al momento de formular proyectos, desarrollar actividades, manejar dinero, evaluar sus resultados, etc.

Recomendaciones^{lxxxiii}

- a) Reconocer e involucrar a las OSC en los Planes Regionales
 - Las organizaciones conocen la realidad de las PVP y son necesarias en el trabajo de Prevención del VIH/SIDA y las ETS; ellas conocen la sexualidad de la población, sus prácticas, creencias, religiosidad.
 - Reconocer a las organizaciones existentes, algunas de las cuales han colaborado en los diagnósticos de salud de sus respectivos barrios o poblaciones, para involucrarlas en los

Planes Regionales Intersectoriales de Prevención del VIH/SIDA a través de los Planes locales.

- Asociar los proyectos de prevención a las organizaciones de las Poblaciones Vulnerables Prioritaria incorporándolas y haciéndolas partícipes de tales acciones.
- Incorporar más Organizaciones de la Sociedad Civil. Es insuficiente el número de OSC que participa de las actividades de Prevención de los Planes Regionales.
- Mantener el trabajo asociativo, reencantar y orientar nuevas líneas que permitan salir del punto de saturación actual.
- Establecer instancias de encuentro con ellas para conocer las necesidades de las poblaciones que representan
- Capacitar más a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) respecto a como se hacen proyectos, cuestiones organizacionales para que logren mayor independencia económica.

b) Enfrentar el problema de los prejuicios y la discriminación en relación a las Poblaciones Vulnerables Prioritarias, sus organizaciones y dirigentes para que la Prevención logre sus objetivos

c) Establecer relaciones más formales entre el sector salud y las OSC

- Formalizar más las relaciones entre Seremías y Servicios de Salud con las organizaciones, pese a existir generalmente un clima de cooperación amistoso se debe establecer mecanismo formales que establezcan responsabilidades, obligaciones y derechos de ambas partes. Así se evitará parte de los malos entendido y conflictos que se producen con las OSC.
- Establecer una sola voz oficial en la relación institucional entre la Seremías y los Servicios con las organizaciones, que defina los términos de los acuerdos y el interlocutor final

d) Mejorar los procedimientos administrativos para el uso de los recursos

- Mejorar los procedimientos administrativos, y disponer de mayores recursos
- Profundizar los mecanismo de control e información sobre uso de los recursos para la prevención primaria focalizada en las PVP, tanto de parte de las Seremías, Servicios de Salud como Organizaciones de la Sociedad Civil
- Hacer un catastro de las organizaciones de la sociedad civil que están incorporadas en acciones de Prevención del VIH/SIDA y las ETS a nivel nacional, regional y local como parte de los Planes Regionales
- Acreditar las instituciones para trabajar entre pares

e) Buscar formas para que las organizaciones resuelvan sus conflictos internos sin afectar los compromisos que han asumido en relación a la Prevención y al uso de los recursos asignados para tales actividades

f) Favorecer la construcción de redes y el fortalecimiento de las organizaciones

- Construir redes con las organizaciones a nivel nacional, regional y local
- Favorecer que las organizaciones se asocien entre ellas

IV. ESTRATEGIAS Y CONTENIDOS DE LOS PROYECTOS DE PREVENCIÓN FOCALIZADOS EN PVP (HSH, TS Y PT) 1998-2003

(Objetivos específico: Evaluar las estrategias y contenidos en los proyectos.)

En el período 1998-2003 fueron ejecutados un total de 106 proyectos para la Prevención del VIH/SIDA y las ETS (Ver Anexo 1), focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP): Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Trabajadoras/es Sexuales (TS) y Personas Transgénero (PT)^{lxxxiv}.

Cuadro N° 1
Prevención de VIH/SIDA y ETS
Proyectos focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias
Período 1998 - 2003

Región	HSH	TS	PT	S/Especificar	Total*
I Región	12	4	1		18
II Región	5	2	2		6
III Región		1			1
IV Región	1	1			2
V Región	8	3	3	2	11
VI Región				1	1
VII Región	3	9	1	1	12
VIII Región	7	8	4	2	16
IX Región		5			5
X Región	2	2			4
XI Región					0
XIII Región					0
Región Metropolitana	14	5	5	3	27
RM y V Región					2
Varias regiones					1
Total proyectos	52	40	16	9	106

* Algunos proyectos están focalizados en más de una Población Vulnerable Prioritaria. La columna total corresponde al total de proyectos. Los proyectos por Población Vulnerables Prioritaria están señalados en la columna indicada. No se pueden sumar las líneas

HSH : Hombres que tienen sexo con hombres
 TS : Trabajadoras/es Sexuales
 PT : Personas Transgénero

Los proyectos se concentraron en las Regiones 1^a, 5^a, 7^a, 8^a y en la Región Metropolitana. No hubo proyectos focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias en las Regiones 11^a y 12^a y entre uno y dos proyectos en las Regiones 3^a, 4^a y 6^a.

Los proyectos focalizados en Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) fueron los más numerosos, se concentraron especialmente en las Regiones 1^a, 5^a, 8^a y Región Metropolitana. Los focalizados en Trabajadoras Sexuales fueron más numerosos en las Regiones 7^a y 8^a; la 9^a Región sólo hizo proyectos focalizados en esta población, y a esta población se dirigió el único proyecto de la 3^a Región focalizado en las poblaciones vulnerables prioritarias. Los proyectos dirigidos hacia las Personas Transgénero se realizaron en las Regiones 1^a, 2^a, 5^a, 7^a, 8^a y Región Metropolitana, pero varios de estos proyectos iban dirigidos fundamentalmente a Hombres que

tienen sexo con hombres y a Trabajadoras Sexuales y no específicamente a la Población Transgénero.

Los proyectos tuvieron una duración de entre tres y doce meses. Más cerca de los tres meses fueron los ejecutados por las Seremías y Servicios de Salud, y de mayor extensión los que implementaron las Organizaciones de la Sociedad Civil. De una cierta proporción de los proyectos no se encontró información.

Los recursos financieros destinados para la implementación de los proyectos variaron en un rango de ochenta mil pesos hasta algo más de treinta y siete millones.

Se anexa la información sistematizada de las Organizaciones de la Sociedad Civil y de instituciones del Estado en el período 1998-2003 ejecutaron proyectos (Anexo 5) y de las estrategias y contenidos de prevención focalizadas en PVP (Ver Anexo 6).

1. Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de las estrategias de prevención a través de los proyectos focalizados en PVP

En el diseño y la ejecución de proyectos de prevención del VIH/SIDA y las ETS focalizados en las poblaciones vulnerables prioritarias se reconocen aspectos, tanto internos como externos, que facilitan u obstaculizan las distintas fases de los proyectos, sea en su diseño, ejecución, evaluación o seguimiento. Aquellos elementos que facilitan la prevención desde el interior de los equipos son identificados como fortalezas, asimismo, aquellos aspectos que facilitan desde afuera las distintas etapas de los proyectos, son identificados como oportunidades. Por otra parte, aquellos elementos que obstaculizan los proyectos, desde el interior de los equipos de trabajo son percibidos como debilidades, y aquellos que provienen desde el exterior y no dependen exclusivamente de los equipos, se perfilan como amenazas.

Los atributos están directamente relacionados con la capacidad de los proyectos de ser descentralizados, intersectoriales, asociativos con la sociedad civil, en las acciones de prevención focalizadas en las poblaciones vulnerables prioritarias.

Fortalezas destacadas de los proyectos de prevención evaluados

- Autoridades comprometidas
- Alianzas estratégicas institucionales. Interés y capacidades de negociación.
- Existencia de diagnósticos participativos.
- Buena coordinación entre los encargados de la temática de la Seremía, Servicio de Salud con los equipos técnicos locales de salud, organizaciones de la sociedad civil e instituciones públicas (Municipalidades, entre otros)
- Compromiso y existencia de equipos de trabajo de carácter intersectorial
- El entusiasmo del equipo de salud
- Actitud positiva de parte del equipo de salud y compromiso de los grupos participante
- Buena disposición de diversas reparticiones públicas de la salud para facilitar dependencias e implementación (TV, video, otros) para ejecución de proyectos
- Talleres de formación con grupos integrados
- Profesionales y personas capacitados y guías de trabajo

Oportunidades

- Existencia de políticas de prevención a nivel ministerial.
- Se cuenta con el apoyo desde las Seremías y Servicios de Salud
- Apoyo de las autoridades locales
- Existencia de recursos para proyectos
- Apoyo comunicacional que fortalece el logro de resultados
- Interés y disposición de los equipos técnicos locales de salud en trabajar con las organizaciones sociales para implementar en conjunto una estrategia de prevención del VIH SIDA en sus respectivas comunas.
- Interés de los grupos vulnerables prioritarios en la participación activa para la continuidad del proyecto
- Organizaciones de la sociedad civil sensibilizadas motivadas y comprometidas en participar en las actividades de salud
- Constitución legal de las organizaciones participantes
- Algunas OSC cuentan con locales para la realización de los talleres y reuniones
- Compromiso de estudiantes universitarios con el proyecto
- Socios de SERNAM interesados en el trabajo asociativo.

Debilidades

- Temor al rechazo o discriminación del Equipo de Salud
- Falta de recursos humanos para la prevención en las poblaciones vulnerables prioritarias.
- Dificultades con las jefaturas para diseñar proyectos focalizados en PVP y luego ejecutarlos
- Dificultades para la realización de monitoreo de los proyectos y el apoyo a las organizaciones de manera más sistemáticamente.
- Falta de horarios y horas profesionales para diseñar y ejecutar proyectos focalizados en PVP
- Problema en el seguimiento de proyectos que se realizan en horarios después de las 6 de la tarde, en la noche o los fines de semana y que no cuentan con recursos como horas extraordinarias
- Falta de motivación de profesionales que no están directamente relacionados con prevención del VIH/SIDA y ETS para participar en la ejecución del proyecto
- Retardo en el inicio de gestión de los proyectos originadas en el nivel central y regional
- Problemas y retraso en la transferencia de recursos para ejecutar los proyectos focalizados en las PVP.
- Dificultades para obtener los recursos pedagógicos requeridos en los proyectos (folletería, trípticos, entre otros) y preservativos
- Atraso en los fondos muchas veces que obligan a ejecutar las acciones en menos tiempo de lo planificado
- Dificultades para encontrar lugar para realizar talleres

Amenazas

- Población objetivo de difícil abordaje por actitud discriminatoria de la población en general
- Las PVP no estaban organizadas, lo que dificulta la convocatoria a trabajos de prevención, y no permite la sustentabilidad de las acciones en el tiempo
- Dificultad para concretar la participación de personas de las poblaciones vulnerables prioritarias.

- Escasa información del tema a nivel comunitario.
- Escaso compromiso de las autoridades
- Cambio de autoridades regionales y locales afecta los compromisos adquiridos
- Fragilidad de las organizaciones de la sociedad civil, especialmente en regiones
- Falta de compromiso de las personas que participan en los proyectos, especialmente de organizaciones de la sociedad civil, que se refleja en discusiones y conflictos entre ellas
- Demandas por remunerar trabajos que tradicionalmente han sido voluntarios

2. Conclusiones y recomendaciones sobre estrategia y contenidos de los proyectos de prevención focalizados en PVP

La evaluación de las estrategias y contenidos señalados en los proyectos del Catastro de proyectos y las opiniones de los informantes clave permiten extraer las siguientes conclusiones – además de las señaladas en los acápites de cada objetivo específico-

- La prevención del VIH/SIDA y ETS requiere de una estrategia que se debe enfrentar intersectorialmente, como lo ha señalado en diversos documentos CONASIDA; no incumbe solamente al sector de la salud pública. Así queda demostrado en aquellas iniciativas que han sido analizadas.
- Existe involucramiento de instituciones y organizaciones como gestores y ejecutores de las respuestas a sus propias necesidades
- Existe compromiso y conformación de grupos de trabajo
- Las acciones de prevención focalizadas en las poblaciones vulnerables requieren de más tiempo de los profesionales de la salud y de mayores recursos, tanto económicos como humanos
- El trabajo de prevención integrado con las poblaciones vulnerables prioritarias es más eficiente.
- Se constata un renovado compromiso al asumir la ejecución de las actividades de prevención asociados con las organizaciones de la sociedad civil, y a través de la prevención entre pares.
- Se observa que la población altamente vulnerable a contraer ETS (como trabajadoras sexuales) está dispuestas a hacer los cambios necesarios al ser educadas adecuadamente mediante talleres participativos.
- Queda de manifiesto la importancia de respetar la diversidad en las acciones de prevención.
- Se constata la necesidad de educación de base comunitaria y a través de los medios masivos para reducir el estigma y alentar a las personas a prevenir la transmisión, a cambiar su comportamiento
- Se hace evidente la importancia de utilizar metodologías educativas adaptadas especialmente para la población vulnerable prioritaria objetivo, con espacios para el crecimiento personal.

Recomendaciones para las estrategias y contenidos de la prevención del VIH/SIDA y ETS en PVP

a) Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)^{lxxxv}

- Ampliar el ámbito de la prevención, abarcando no sólo un nivel individual, sino que sociocultural, en donde se recojan factores tales como la homofobia, discriminación y exclusión, dada su incidencia en la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA.

- Generar nuevas estrategias de intervención a nivel masivo que logren un mayor impacto sobre la población objetivo.
- Ampliar la población objeto de la prevención hacia la realidad bisexual, también a mujeres lesbianas, fortaleciendo fundamentalmente la prevención en ETS.
- Tanto para población HSH, como para PT se recomienda la generación de un trabajo preventivo, vinculado al reconocimiento identitario, subrayando el tema de los derechos humanos y de la ciudadanía.
- Es necesario establecer redes y de generar trabajo asociativo de modo de alcanzar los objetivos de manera más efectiva.
- Es recomendable participar en constantes instancias de capacitación de manera de poseer herramientas y conocimientos acordes con los nuevos enfoques y hallazgos en el ámbito del VIH/SIDA.
- Reforzar los trabajos basados en la metodología de educación de pares, de acuerdo con la experiencia ésta facilita la posibilidad de hablar y el encuentro de hombres homobisexuales, además de la promoción de comportamientos saludables.
- Facilitar la generación de materiales susceptibles de ser integrados a páginas web de las organizaciones.
- Recibir, por parte de CONASIDA y de los SEREMI, un mayor acompañamiento en la ejecución de los proyectos de modo de recibir una mayor retroalimentación.

b) Trabajadoras/es Sexuales (TS)

Desde la opinión de los informantes clave se sintetiza un conjunto de recomendaciones para incluir en las estrategias y contenidos de la prevención con Trabajadoras/es sexuales. Entre esas propuestas se indica:

- Una ventaja en las acciones de prevención es la credibilidad que tenga el CETS, Servicio de Salud y/o Seremía que convoque.
- Deberían ser proyectos y acciones intersectoriales. Hacer una alianza con SERNAM, Dirección del Trabajo y Seremía de Salud, quizás también con Carabineros e Investigaciones. Para ellos es conveniente hacer un trabajo sistemático desde la Dirección del Trabajo, convocando a todos los dueños de locales. Hacer un trabajo de intervención con los que tienen poder sobre las mujeres que no se sienten trabajadoras sexuales, ni convocadas por las organizaciones de trabajadoras sexuales.
- Si son trabajadores sexuales, hombres gay o Transgénero, privilegiar el tema de que los carabineros no los/as lleven presos.
- Tener personal profesional a cargo de la prevención con las/os trabajadoras sexuales y las trans.
- Establecer relaciones de confianza para que asistan las/os Trabajadoras/es Sexuales
- Tener presente que muchas trabajadoras sexuales son jefas de hogar y no trabajan por gusto, sino por sus hijos. Relevar su rol de madres y su sentido de protección hacia la familia.
- Es posible acceder a hombres que se dedican al comercio sexual a través de la consejería, cuando van a hacerse el Test de Elisa. A través de la consejería se podría pesquisar a los varones que trabajan en saunas.
- Se deben establecer relaciones de confianza con las personas de las organizaciones.
- Focalizar las acciones en los casos nuevos de trabajadoras sexuales que se incorporan a control.
- Trabajar hacia los usuarios, para que se protejan. Si a esto se suma una intervención con las trabajadoras, se potencia el trabajo de prevención.

- Identificar en las schoperías o locales, un/a líder organizacional y a esa/e líder dar herramientas.
- Tener un espacio de atención especial
- Ejecutar las acciones de prevención después de las 5 de la tarde, en terreno
- Mejorar la educación cara a cara con los grupos que asisten a los controles sanitarios. Tener una mirada más integral para abordarlos y permitir una llegada más fluida.
- Desarrollar tareas cortas de intervención.

Recomendaciones desde la Sistematización

- Rescatar, valorar y revisar las metodologías elaboradas desde las OSC que han realizado esfuerzos en prevención. Por ejemplo, relevar el trabajo de Fundación Margen y el Sindicato Ángela Lina en torno al trabajo con las Fantasías Sexuales.
- Incorporar, con urgencia, a aquellos sectores y actores que, directa e indirectamente, trabajan con trabajadoras sexuales (Carabineros, Investigaciones, propietarios de locales, personal de Servicios de Salud).
- Generar con estos grupos capacitaciones específicas orientadas a las mejoras en el trato de las trabajadoras sexuales y de las demás PVP.
- Mejorar las condiciones de precariedad en que se encuentran algunas agrupaciones. A ello se agregan los déficits escolares que dificultan la posibilidad de generar proyectos y contar con recursos. Se propone la nivelación escolar básica que incluya la temática de la prevención en VIH/SIDA y las ETS.

c) **Personas Transgénero (PT)**^{lxxxvi}

- Reconocer las características diferenciales de las personas transgéneras en las distintas ciudades del país.
- Considerar la situación de alta vulnerabilidad de las personas transgéneras que ejercen el comercio sexual. Se propone atender a la situación de rechazo y de discriminación de las que son objeto, además del aislamiento social y estigmatización.
- Atender las condiciones sociales y personales de alta vulnerabilidad y marginalidad en las que se encuentran que incluyen desde la discriminación hasta la agresión física.
- La prevención debería considerar lo anterior para hacerse efectiva, ya que los intentos habrían fracasado debido a la precariedad de las condiciones antes descritas.
- Considerar el trabajo de organizaciones que han intentado sacar a las personas transgéneras del comercio sexual a través de la capacitación laboral como modo de prevenir el VIH/SIDA. No obstante, se sugiere que el comercio sexual es un aspecto identitario de la población transgénero y que, por lo tanto, el comercio sexual es más que una posibilidad de obtener ingresos.
- Generar espacios de capacitación y de prevención en donde se consideren aspectos identitarios de la población transgénera y travesti que ejerce el comercio sexual, recalando que éste es parte de una construcción de identidad. Es decir, se ha generado la prevención hacia fuera, hacia las personas que consumen comercio sexual y no a las/los que la ejercen propiamente tal. La prevención de las trans es en función de otros.
- Generación de un modelo validado sobre la construcción del cuerpo, el cambio de la visión del género, y las diversas experiencias.

V. RELACIÓN COSTO/PERSONA Y COBERTURA EN HSH, TS Y PT^{lxxxvii}

(Objetivo específico: Detectar, a través de la ejecución de los proyectos, la relación costo/persona y niveles de cobertura en HSH, TS y PT.)

Uno de los aspectos centrales en la estrategia diseñada en los Planes Regionales Intersectoriales de respuesta preventiva al VIH/SIDA es la gestión financiera y los costos. En el caso de los proyectos focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias se solicitó a esta Evaluación detectar la relación costo/persona y los niveles de cobertura en la ejecución de los proyectos focalizados en Hombres que tienen sexo con hombres, Trabajadoras/es Sexuales y Personas Transgénero.

1. Aspectos económicos y financieros de la prevención y proyectos focalizados en PVP

a) Gestión financiera

El financiamiento de proyectos focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias se origina fundamentalmente desde CONASIDA a través de dos líneas: Planes Regionales Intersectoriales y proyectos para las PVP. Financiamiento público al que todos tienen acceso “*Lo que se persigue es que todo sea público, que todos tengan acceso*” (CONASIDA)^{lxxxviii}.

Desde CONASIDA se trabaja con compromisos de gestión y, progresivamente, se ha incorporado la focalización de poblaciones vulnerables de VIH/SIDA en los Planes Regionales Intersectoriales, buscando darle mayor sustentabilidad a la Prevención^{lxxxix}. Esto ha permitido, según las opiniones de CONASIDA tener fondos de continuidad año tras año y ha posibilitado que las regiones asuman estos trabajos más allá de los convenios específicos que se puedan desarrollar a escala nacional. Estos son dineros que vienen desde el año 2000 para prevención que se han destinados para trabajar con Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Se han establecido compromisos de gestión que den seguridad en el logro de los objetivos comprometidos^{xc}. Se ha tratado, asimismo, desde CONASIDA de implementar estrategias para movilizar recursos locales^{xcii}.

El rol fundamental de la Seremía, en la gestión financiera, es la distribución de fondos en las organizaciones de la región a partir de recursos que vienen desde el nivel central. Desde las Seremías existe claridad respecto del origen de los recursos destinados para la generación de proyectos de prevención para las Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP)^{xciii}. Los Servicios de Salud y los CETS, por su parte, perciben que les corresponde hacer el seguimiento del uso de los dineros destinados a los proyectos focalizados^{xciiii}.

Los recursos para la prevención que son manejados por los Servicios de Salud son escasos o definitivamente no existen y quienes reciben recursos son los sectores de promoción. Esto último se percibe, por algunos/as, como un error dentro de los Servicios de Salud. Desde los servicios los recursos que se despliegan, son las horas de trabajo y el uso de materiales^{xcv}. En algunos casos, profesionales y directivos entrevistados dicen recibir desde otros sectores públicos, recursos financieros^{xcvi}. Se reconoce el aporte que desde las Organizaciones de la Sociedad Civil se realiza para la ejecución de proyectos de prevención en PVP, dicha ayuda es percibida

positivamente al interior de los Servicios de Salud, ya que el trabajo en red que se manifiesta fortalece ambas instancias^{xvii}.

b) Recursos destinados a la prevención en PVP

La información a la que se tuvo acceso –del Catastro de Proyectos focalizados en PVP 1998-2003 y la entregada por CONASIDA- permite conocer las fuentes de fondos para los proyectos y planes regionales, su distribución por región y una aproximación a la relación epidemiológica entre aquellas. Con esta información se elaboraron algunas tablas que revelan -sin enjuiciar el monto global asignado a la prevención de PVP y los valores asignados a las regiones-, que éstos tienen, en general, pertinencia epidemiológica, vale decir, las regiones que reciben más fondos son aquellas con mayores tasas de incidencia acumulada. Esto es importante y positivo. (Ver las cuadros 2, 3 y 4).

Cuadro N° 2
Número de proyectos, recursos asignados (miles, nominales) y relación con incidencia acumulada.
1998-2003

Regiones	Incidencia acumulada por Región ocurrencia ^{xviii}	N° proyectos	Recursos asignados	% Total fondos del período
RM	70,5	27	37.170	11,29
1	57,0	18	25.316	7,69
5	56,6	11	27.528	8,36
2	38,7	6	8.619	2,62
4	24,3	2	4.921	1,49
8	19,2	16	8.079	2,45
7	19,1	5	1.517	0,46
9	13,6	12	1.875	0,57
10	13,3	4	1.765	0,54
11	12,9	0	0	0,00
12	12,1	0	0	0,00
3	10,7	1	153	0,05
6	10,4	1	4.213	1,28
ONGs (MUMS-SIDACCIÓN-MARGEN, LAMBDA)			208.196	63,21
Totales		103	329.353	100,00

Fuente: Tabla elaborada en base a Catastro de Proyectos focalizados en PVP 1998-2003.

Cuadro N° 3
Relaciones entre fondos entregados a regiones por estrategia de planes regionales, PR, 2001-2002
e incidencia acumulada, según Sistematización
(Cifras en miles)

Regiones (ordena- das por tasa de inciden- cia)	Incidencia acumulada por Región ocurrencia <small>xcviii</small>	Total proyectos		\$ asignados		N° Proyectos PVP		\$ asignados proyectos PVP		% de fondos asignados a proyectos PVP	
		2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
RM	70,5	12	12	38.742	27.720	2	1	2.404	2.282	6,2	8,2
1	57,0	18	3	10.986	9.129	4	3	2.005	2.607	5,2	28,6
5	56,6	21	25	29.688	26.975	5	6	3.308	13.499	8,5	50,0
2	38,7	10	3	11.411	6.498	2	2	1.500	2.000	3,9	30,8
4	24,3	6	7	4.590	4.940	0	0	0	0	0,0	0,0
8	19,2	30	53	25.433	19.789	4	2	2.820	830	7,3	4,2
7	19,1	19	28	4.482	6.256	2	1	280	415	0,7	6,6
9	13,6	13	8	8.977	9.652	2	0	559	0	1,4	0,0
10	13,3	8	5	13.500	8.932	2	1	1.050	300	2,7	3,4
11	12,9	4	9	4.435	4.944	0	0	0	0	0,0	0,0
12	12,1	7	16	4.449	5.195	0	0	0	0	0,0	0,0
3	10,7	3	8	4.500.	3.887	0	1	0	280	0,0	7,2
6	10,4	3	17	4.500	4.401	1	1	42.313 <small>xcix</small>	250	-	5,7
País	43,7	154	203	165.693	141.633	24	18	13.926	22.462	8,4	15,9

Fuente: Tabla preparada con información del documento de Sistematización de Experiencias de trabajo en prevención primaria hacia Poblaciones Vulnerables Prioritarias, PVP. 2005. (No se indica si son montos nominales o de valores actualizados y comparables)

Para el período evaluado, las cifras destinadas a prevención en PVP están entre los de 300 y 500 millones, según la información disponible. Del estudio y ordenamiento de los proyectos realizado en el trabajo de la evaluación, se concluye una cifra de entre 281 y 329 millones nominales, incluyendo los fondos asignados a las ONG's (ver cuadros 2, 3, 4 y 5). El documento de sistematización citado anteriormente, habla de un total de 307 millones para el período 2001 – 2002 en la estrategia de Planes Regionales de Prevención; a éstos hay que agregar 254 millones que se indica que han sido entregados a las ONG's antes aludidas, lo que hace una suma de 561 millones (ver cuadros 4 y 5). Por su parte CONASIDA informa que en el período 1999 – 2003 se invirtieron 400 millones en PVP (ver cuadro 6).

CUADRO N° 4
Número de proyectos y fondos asignados (miles, nominales) desagregados por HSH, TS, PT, PL y SF - período 1998 – 2003

PVP / Región	HSH		TS		PT		PL		SF		# Total proy.	Total Fondos	% del total fondos
	N° Proy	\$	N° Proy	\$	N° Proy	\$	N° Proy	\$	N° Proy	\$			
1	12	10.287	4	13.386	1	899	1	744	0	0	18	25.316	8,79
2	5	6.353	2	3.767	2	3.076	1	1.576	0	0	10	14.772	5,13
3	0	0	1	153	0	0	0	0	0	0	1	153	0,05
4	1	4.921	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4.921	1,71
5	8	42.973	3	2.500	3	2.500	0	0	2	2.795	16	50.768	17,62
6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.213	0	4.213	1,46
7	3	600	9	1.387	1	200	0	0	1	89	14	2.276	0,79
8	7	2.429	8	2.100	4	3.250	0	0	2	3.300	21	11.079	3,84
9	0	0	5	1.517	0	0	0	0	0	0	5	1.517	0,53
10	2	665	2	1.100	0	0	0	0	0	0	4	1.765	0,61
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
RM	14	146.347	5	9.742	5	10.132	0	0	3	5.170	27	171.391	59,48
Totales	52	214.575	40	35.652	16	20.057	2	2.319	9	1.730	119	281.171	100

Fuente: Tabla elaborada en base de información del Catastro de Proyectos focalizados en PVP 1998-2003

HSH: Hombres que tiene sexo con otros hombres; **TS:** Trabajadoras/es sexuales; **PT:** Personas transgénero

PL: Personas lesbianas; **SF:** Sin focalización específica en PVP

Cuadro N° 5
Fondos recibidos por ONGs período 1998-2002 según Sistematización
 (Cifras en miles)

ONG	Período					Total fondos recibidos	Cobertura	% de total fondos
	1998	1999	2000	2001	2002			
MOVILH	-	-	-	16.496	-	16.496	s/información	6,50
C. LAMBDA	7.600	-	-	-	-	7.600	s/información	2,99
F. MARGEN	-	7.000	23.000	-	9.000	39.000	s/información	15,36
SIDACCIÓN	-	24.970	22.485	9.920	9.000	66.375	s/información	26,14
CES/MUMS	23.000	30.010	37.324	18.035	16.110	124.479	s/información	49,02
Totales	30.600	61.980	82.809	44.451	34.110	253.950	s/información	100

Fuente: Preparado en base a información del documento de Sistematización de experiencias de trabajo en prevención primaria hacia Poblaciones Vulnerables Prioritarias, PVP. 2005. (No se especifica si son montos nominales o actualizados y comparables)

CUADRO N° 6
Gastos a proyectos de prevención general, de PV y en PVP
(MM \$ de cada año)

Período	Presupuesto total anual CONASIDA	Total Presupuesto prevención	Fondos para proyectos de prevención	Total fondos para proyectos PV	Total fondos para proyectos PVP	% fondos PVP con relación fondos PV
1999	2.315,1	385,6	385,6	236,6	155,7	65,8
2000	2.035,6	427,2	376,1	376,1	113,0	30,0
2001	5.236,7	419,5	419,5	387,4	44,0	11,4
2002	6.648,3	339,7	339,7	312,4	40,0	12,8
2003	9.892,1	338,9	443,9 ^c	210,1	47,0	22,4
Totales		1.911	1.965	1.523	400	26,3

Fuente: Tabla preparada con información presupuestaria proveniente de CONASIDA

En todo caso, los valores indicados en el punto anterior resultan modestos (proyectos y ONGs) al relacionar las inversiones en prevención con las cantidades de recursos asignados a la atención de PVVIH. La pregunta es si aquellos fondos- sus montos- definidos y decididos por CONASIDA, y por tanto, por el Ministerio de Salud, se corresponden con un nivel adecuado o a la altura de las necesidades y demandas de prevención del VIH/SIDA y ETS en el país.

El estudio Presupuestos Públicos en la lucha contra el VIH/SIDA^{ci}, explica en la tabla 5.7 la composición del gasto público en Chile para el período 1999 – 2002 a valores reales o comparables (Ver Anexo 7). Un detalle tomado de esta tabla, con el objeto de observar el gasto en prevención con relación al total del gasto en VIH/SIDA, considerando los conceptos: condones; información, educación y comunicación; organización y empoderamiento y no el ítem Banco de sangre, señala que los gastos en esos tres ítems fue en 1999 de 519 millones, de 583 millones en el 2000, en el 2001 la cifra alcanzó a 651 millones y en 2002 disminuyó a 428 millones. Del total del gasto en VIH/SIDA, en el período 1999-2002, los montos gastados en prevención fueron los siguientes porcentualmente: 1999: 6,5%, 2000: 6,8%, 2001: 6,6% y para el 2002: 4,0% (Ver detalle en cuadro 7). La tabla citada muestra con claridad una priorización creciente hacia la atención a las personas viviendo con el VIH y SIDA por sobre la prevención. Sobre financiamiento del sector privado a la prevención del VIH/SIDA y ETS en las poblaciones vulnerables prioritarias, ver opinión de informantes clave en Anexo 8.

Cuadro N° 7
Detalle sobre composición del gasto público en VIH/SIDA 1999-2002

Áreas, Programas y Proyectos	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%
Prevención (Total)	1.421	17,8	1.649	19,1	1.621	16,5	1.449	13,6
Condomes	93	1,2	68	0,8	58	0,6	23	0,2
Información, educación, comunicación	362	4,5	412	4,8	593	6,0	386	3,6
Organización y empoderamiento	64	0,8	103	1,2	0	0,0	19	0,2
Banco de sangre	902	11,3	1.066	12,3	970	9,9	1.021	9,6
Total Gasto del Gobierno en VIH/SIDA	7.994		8.650		9.833		10.620	

Fuente: Guerrero, E. y Valdés, A. (2004) Presupuestos Públicos en la lucha contra el VIH/SIDA. Tabla 5.7 Composición del gasto público en VIH/SIDA 1999 – 2002 (cifras reales o comparables en millones de pesos), p. 25. Hexagrama Consultoras. Santiago.

En los cuadros 2 y 5 se presenta información sobre fondos adjudicados a diferentes ONG's en el período comprendido de evaluación. Los fondos asignados a estas organizaciones fueron algo más de los 200 millones nominales. Según la documentación han sido fondos para acciones de prevención, principalmente con PVP, aunque no queda claro si esos fondos correspondieron a proyectos concursables y de planes regionales de prevención.

Con la información que fue posible disponer y estudiar no es viable determinar las coberturas ni los costos / personas. No se obtuvo información sobre asignación, seguimiento y evaluación de aquellas acciones, aunque es probable que las haya en algunos proyectos específicos.

2. Relación costo/persona y niveles de cobertura

Para detectar, a través de la ejecución de los proyectos focalizados en PVP, la relación entre costo/persona y niveles de cobertura de HSH, TS y PS se buscó establecer las relaciones económicas, entre las inversiones realizadas para la implementación de estrategias y acciones de prevención del VIH en los proyectos por parte de CONASIDA.

La información existente en el Catastro de Proyectos y la entregada por CONASIDA no permitió establecer las relaciones antes mencionadas debido, por un lado, a los vacíos de información de una cierta cantidad de los proyectos específicos –no se consignó el monto del financiamiento aprobado, los ingresos recibidos y los ítems a los que habían sido efectivamente destinados- y, por otro, a la no disponibilidad, al momento de la Evaluación de la información financiera por proyectos desde el nivel central

En particular, no estuvo disponible la distribución de fondos del presupuesto de CONASIDA distribuido por regiones para la implementación de la estrategia de Planes Regionales de Prevención y la prevención en PVP. La información utilizable sobre costos informados por los diversos proyectos, sólo hace mención a los fondos solicitados, pero no da cuenta de los aportes locales al financiamiento y la viabilización de esos proyectos: como los aportes en horas de trabajo, equipos, transporte local, infraestructura, entre algunos ítems. Tampoco están valorizados los costos de lo que se podría denominar “costos de gestión e implementación de la estrategia de prevención con PVP y Planes Regionales de Prevención”, a saber: funcionarios del MINSAL, de las Seremías, de los Servicios de Salud, de las ONGs; costos en capacitaciones y formación técnica; en acciones de seguimiento y acompañamiento; transporte a nivel nacional y gastos de estadía de los funcionarios/as que realizaron esas estrategias en el país, entre otros varios conceptos de gasto. Según los informantes clave la información sobre costo/persona no es una información de que dispongan los proyectos; en general ésta es inexistente^{cii}.

De la misma forma, con relación a las coberturas alcanzadas por los diferentes proyectos, no resulta posible establecer tal cobertura, porque esa información no está disponible^{ciii}, tanto en relación a coberturas directas como indirectas. Algunos proyectos informan sobre poblaciones atendidas, en ocasiones son cifras dispersas y en otras no se muestran consistentes. Por tanto, no resultó dable establecer la relación costo/ persona y los niveles de cobertura en HSH, TS y PT en este estudio.

En general, según los informantes clave, la cobertura de los proyectos focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias es una cuestión que no tiene la importancia deseada en la ejecución y evaluación de los proyectos. Se considera su definición en la formulación de los proyectos, cuando se presentan para su financiamiento, porque es uno de los requisitos para ser considerados, pero una vez aprobado el proyecto no es un punto o concepto que tenga gran importancia^{civ}. Pese a que la cobertura es un aspecto requerido en la elaboración de proyectos, y que la confección de indicadores también lo es, finalmente no se utiliza. De ahí que la sistematización de la información de los proyectos ejecutados no permita, como se señaló antes en relación a la información del Catastro de Proyectos focalizados en PVP tener un panorama acerca de la cantidad de población a la que han llegado^{cv}. (Opiniones de informantes clave sobre cobertura^{cvi})

3. Conclusiones y recomendaciones sobre costo/persona y cobertura

Se ha establecido un mecanismo de gestión financiera en la que CONASIDA está a la cabeza, asigna y distribuye los recursos a las Seremías y a proyectos específicos con PVP. El financiamiento vía Seremías forma parte de los Proyectos Regionales Intersectoriales en la prevención del VIH/SIDA. Desde las Seremías, a través de concursos regionales se distribuyen los fondos. Los Servicios de Salud y los CETS hacen el seguimiento de tales fondos.

Los recursos financieros mismos no son utilizados como forma de control de gestión, ni evaluación de los proyectos que han sido financiado, tanto desde los Proyectos Regionales, como de la propia CONASIDA. Las dificultades para acceder a esta información están directamente relacionadas con el uso que se hace de ella. Más allá del uso contable que deben tener, no forman parte de los recursos de gestión efectivamente utilizados. De allí que no fuese posible establecer la relación costo/persona.

La cobertura tampoco es un componente que haya sido parte fundamental en la gestión de los proyectos focalizados y financiados en las PVP. La ausencia, en general, de evaluación respecto de este punto -pese a que se señale su importancia- es una demostración de que no forma parte de los criterios efectivamente utilizados en la asignación y control de la efectividad de los recursos financieros aplicados a la estrategia.

Lo anterior no permite hacer una evaluación de la efectividad de la estrategia, porque se desconoce la población que ha sido sujeto de tales acciones de prevención, y dificulta la evaluación de proceso.

Llama la atención, asimismo, la volumen del gasto en prevención del VIH/SIDA en su conjunto. Los montos de dinero destinados son exiguos (desglosado en condones, información, educación, comunicación; organizaciones y empoderamiento). Al año 2002 la cifra del gasto público en prevención alcanzó un total de \$428 millones, que representó el 4,03% del total del gasto de gobierno en VIH/SIDA. Con una cifra de ese tamaño las limitaciones para llevar adelante un Programa de Prevención del VIH/SIDA y ETS, y particularmente en las PVP, son evidentes.

En síntesis:

- Resulta difícil conocer y menos estimar las coberturas de personas de la PVP (directas e indirectas), involucradas en ambas estrategias: no hay o no está disponible la información. (ver resultados de las entrevistas efectuadas a los diferentes actores y los formatos de los proyectos formulados)
- Resulta impracticable establecer una relación costo/persona, en parte por el punto anterior y también por la información insuficiente sobre costos e inversiones realizadas en ambas estrategias.
- No se utilizan los recursos financieros, que son destinados a los proyectos, como forma de control de gestión y evaluación de los mismos. No es un mecanismo presente en la formulación e implementación de las estrategias preventivas focalizadas en las PVP.

Recomendaciones

- a) Incrementar significativamente los montos destinados a la prevención del VIH/SIDA en PVP y construir una agenda para lograr tal objetivo.
- b) Incorporar en el diseño, formulación e implementación de los proyectos focalizados en PVP el uso que se hace de los recursos financieros asignados, como forma de control de gestión, de costo/persona, cobertura directa e indirecta, y evaluación de los mismos. El control financiero de los proyectos permitirá ampliar la información sobre la efectividad, calidad e impacto de la asignación de los recursos públicos y de cooperación utilizados. Se responde así a requerimientos éticos, democráticos y técnicos, que son actualmente demandados por los organismos –públicos y privados, nacionales e internacionales- en el uso de los recursos que aportan.
- c) Ampliar la información -y darla a conocer-, sobre los recursos financieros utilizados, asignación y control en la prevención primaria del VIH/SIDA y las ETS focalizadas en las poblaciones vulnerables prioritarias

- d) Disponer de una información presupuestaria y de fuentes de fondos precisa, consistente y uniforme entre los responsables de las estrategias, así como entre los diferentes actores participantes en la ejecución de ellas.
- e) Buscar metodologías que faciliten conocer, de manera precisa, los costos reales de los proyectos y sus fuentes de financiamiento (aportes del gobierno, de cooperación, aportes locales, otros).
- f) Colocar, como tema fundamental en el diseño de los proyectos y en la evaluación de éstos para su selección, una clara definición de la población objetivo, su localización, la cobertura directa e indirecta esperada (especificando de lo que se entenderá por cobertura directa e indirecta.), y período de tiempo que dure la acción.
- g) Establecer criterios de verificación de la cobertura lograda efectivamente.
- h) Diseñar e implementar en estrategias de obtención de recursos locales. Al mismo tiempo, de realizar una adecuada valuación de esos aportes.
- i) Formular estrategias que aseguren la sustentabilidad de la calidad e impacto de las acciones efectuadas a través de los proyectos focalizados en PVP, desde una perspectiva de construcción y desarrollo de capacidades, descentralizadas, asociativas y participativas.

VI. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

(Objetivo específico: Evaluar las estrategias metodológicas desarrolladas e impulsadas en los proyectos focalizados en HSH, TS y PT en las regiones 2^a, 5^a y Metropolitana, durante los años 1998 – 2003)

Las estrategias metodológicas desarrolladas e impulsadas en los proyectos focalizados las poblaciones vulnerables prioritarias de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Trabajadoras/es Sexuales (TS) y Población Transgénero (PT) a nivel de las regiones Segunda, Quinta y Metropolitana, durante los años 1998 – 2003 están sustentadas fundamentalmente en dos ejes -la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA y ETS y la gestión de riesgo- y en niveles de intervención estratégicos^{cvi} que dan origen a metodologías, modelos y técnicas de prevención que generan acciones específicas para el logro de los objetivos definidos.

Las metodologías y modelos de prevención se sustentan en una base teórica acerca del cambio del comportamiento -explícito o implícito- que, a partir del reconocimiento de los procesos individuales y sociales de cambio, define los elementos y acciones a incluir en una intervención para alcanzar sus objetivos. De acuerdo con la literatura^{cvi}, son tres los modelos teóricos que han tenido mayor desarrollo desde que se inició la implementación de proyectos de intervención para la prevención del VIH/SIDA (Ver Anexo 9):

- los modelos cognitivos
- el modelo de estructura del cambio de comportamiento aplicado (ECCA)
- el modelo de empoderamiento comunitario^{cix}

1. CONASIDA y los modelos de prevención del VIH/SIDA en PVP

Si bien la acción de CONASIDA se enmarca en el modelo comunitario no existe una percepción clara, entre los informantes clave, de la existencia de un modelo de prevención focalizado en las poblaciones vulnerables prioritarias. Incluso en la propia CONASIDA se habla que existen modelos de prevención, que necesitan ajustes y una evaluación. La propia noción de modelo de prevención no es del todo clara en los documentos de CONASIDA y tiene ciertas dificultades en la percepción parte de los/as profesionales y directivos/as de Seremías, Servicios y CETS entrevistados/as^{cx}.

Entre los/as profesionales y directivos entrevistados/as, la tendencia mayoritaria es a no reconocer la existencia de modelos de Prevención del VIH/SIDA y ETS focalizados en las poblaciones vulnerables prioritarias (PVP). Algunos/as reconocen que, tras las distintas acciones orientadas a ciertas poblaciones vulnerables -ya sea por las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) o por los Servicios de Salud- existe un modelo. Otros/as afirman que perciben más bien un proceso de construcción de criterios y acciones que podrían llevar a la formulación de modelos de prevención en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias^{cx}.

Aquellos/as entrevistados/as que consideran que sí existen modelos de prevención, se refieren a los manuales y folletos que plantean formas de trabajar HSH y con TS. La pregunta es si se trata de modelos propiamente tales, o sólo de ciertas metodologías, herramientas y acciones.

El conjunto de opiniones y visiones de las personas entrevistadas (ver notas fin de texto: cx y cxi) lleva a concluir que la percepción sobre un modelo de prevención hacia las PVP no es del todo clara en las Seremías, Servicios de Salud y CETS. Se reconoce que hay estrategias, metodologías, materiales, guías, etc., pero no se aprecia en qué medida constituyen un modelo que responda a los requerimientos de la prevención.

2. Estrategias de intervención/prevencción en VIH/SIDA y ETS con PVP

Es pertinente, de acuerdo a lo recién señalado, hacer una distinción entre “modelo de prevención” y “estrategias de prevención”, estas últimas están más visibilizadas como tales entre las Seremías, los Servicios de Salud y los CETS. La noción de “modelo” se asocia a una propuesta teórica que organiza el conjunto de acciones y la de “estrategias” para las líneas de acción y sus metodologías más específicas.

Existe toda una literatura sobre estrategias de intervención en VIH/SIDA y también, sobre aquellas que tienen un enfoque integral, es decir, que articulan los múltiples aspectos del VIH/SIDA. En diversos países se han implementado estrategias integrales y es también la perspectiva de las acciones impulsadas desde CONASIDA. Entre las estrategias integrales reconocidas internacionalmente están:

- la investigación con Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y/o con PVP
- el diseño de materiales educativos para dichas poblaciones
- la capacitación y motivación de voluntarios en organizaciones sociales y comunitarias
- líneas telefónicas de información, asesoría y apoyo para HSH
- asesoría/consejería en ETS/VIH/SIDA con HSH/PVP
- mapeo, abordaje en sitios de encuentro y ejecución de talleres para llegar a HSH/PVP
- mejoramiento de la salud y calidad de vida en HSH/PVP (servicios de salud y calidad de atención)
- crear climas sociales favorables y trabajo en red

De acuerdo con sus definiciones estratégicas, CONASIDA considera todas estas estrategias integrales, algunas de las cuales están claramente presentes en los proyectos de prevención focalizados en las PVP, objeto de esta evaluación, como son los talleres de capacitación, la formación de voluntarios para consejería y educación entre pares, el trabajo en red y asociado con organizaciones de la sociedad civil, el abordaje en sitios de encuentro de las PVP, el diseño de materiales educativos, etc.

Los proyectos analizados en esta evaluación combinan algunas de estas estrategias, no obstante, se mantiene la referencia a “modelos de prevención” respecto de las propuestas desarrolladas por organizaciones de la sociedad civil que son reconocidas por su utilización en algunas regiones y respecto de las cuales existe una evaluación positiva por parte de algunos/as de los/as entrevistados.

3. Criterios técnicos incorporados en los proyectos de Prevención en Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP)

Para la elaboración de proyectos de prevención con Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP) desarrollados en el marco del Programa de Prevención, CONASIDA entrega una pauta que señala los principales aspectos que deben ser considerados, los que están en la base para la aprobación de los mismos y deberían estar en su posterior evaluación. La pauta, con forma de matriz, es la siguiente y es condición necesaria para la aprobación de cualquier proyecto.

Nombre del Proyecto:		
Período:		
Socios:		
Comuna:		
Objetivos		Supuestos
Objetivos de impacto		
Objetivos del proyecto	Indicador	
Resultados esperados		
Actividades	Presupuesto	

La pauta se sustenta en el Método del Marco Lógico (MML)^{cxii}. La matriz de Marco Lógico implica dar respuesta a las siguientes interrogantes:

- Por qué se ejecuta el proyecto: apunta a discernir la lógica de la intervención.
- Qué intenta realizar el proyecto: da cuenta de la lógica de la intervención y de los indicadores.
- Cómo se realizará el proyecto: actividades y medios
- Cuáles son los factores externos que influyen el éxito del proyecto: hipótesis
- Dónde se encuentra la información necesaria para la evaluación el éxito del proyecto: fuentes de verificación
- Cuáles son los medios necesarios: recursos
- Cuánto costará el proyecto: costos del proyecto
- Cuáles son las condiciones previas que deben realizarse antes del arranque del proyecto: condiciones previas

El esquema utilizado por el MML es algo más amplio que la matriz utilizada por CONASIDA, e incluye los siguientes:

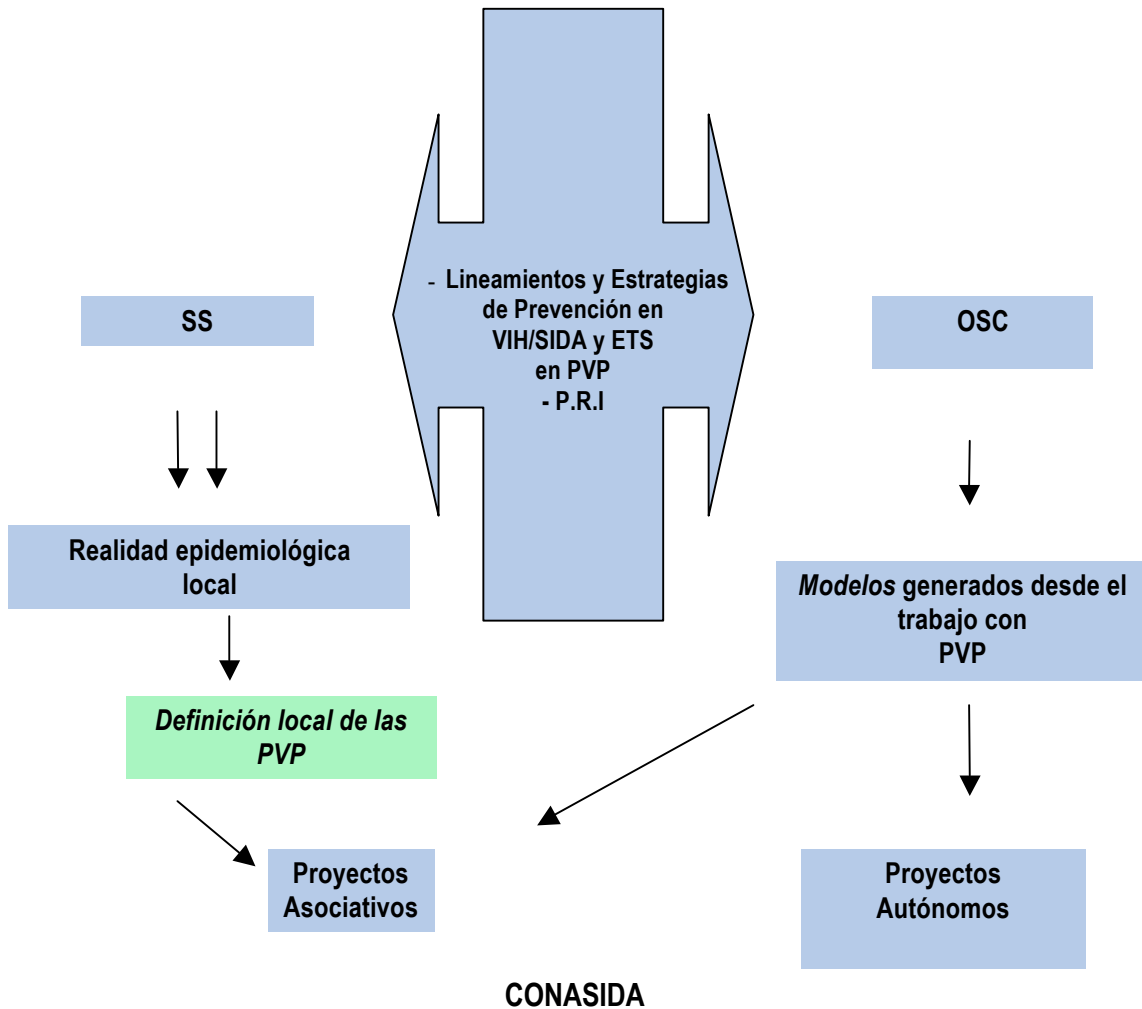
	Lógica de la intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
Objetivos globales				
Objetivo específico				
Resultados				
Actividades		Medios	Costos	
				Condiciones previas

COMISIÓN EUROPEA, Europe Aid Oficina de Cooperación, Asuntos Generales, Evaluación (2002) "Guía Gestión del Ciclo de Proyecto. Versión 2.0". Preparada por: PARTICIP GmbH, Freiburg, Alemania.

Además de la matriz, CONASIDA agrega, como criterios técnicos que se debe considerar en los proyectos, la focalización en poblaciones definidas como prioritarias a nivel regional o por un

diagnóstico local de necesidades y la replicabilidad de las acciones en distintas poblaciones. Ello supone un componente de investigación, si no existe conocimiento suficiente en la región. Finalmente, se solicita que las acciones sean sustentables en el tiempo.

El siguiente es un diagrama que da cuenta del proceso de formulación de los proyectos de prevención en VIH/SIDA con PVP.



a) La focalización de los proyectos

Es requisito para la adecuada focalización de los proyectos en las poblaciones vulnerables prioritarias que exista la información epidemiológica y el conocimiento de las poblaciones destinatarias de las acciones. No obstante, en los proyectos de prevención del VIH/SIDA en PVP planteados por las Seremías, Servicios de Salud y CETS no existe, en ocasiones, la suficiente claridad para sustentar dicha focalización. Se confunde, en ocasiones, los lineamientos generales

entregados por CONASIDA, la información epidemiológica regional o local y a veces, las definiciones de las organizaciones^{cxiii}.

Esta forma de priorizar y definir la focalización ha resultado en la reorientación de acciones y recursos -destinados originalmente a las PVP- hacia poblaciones percibidas como vulnerables emergentes, tales como las dueñas de casa y la población heterosexual. Las notificaciones en estas poblaciones se han traducido en la *reorientación* de las acciones preventivas^{cxiv}.

b) Metodologías/modelos de prevención en PVP (HSH, TS y PT) desarrollados por organizaciones de la sociedad civil, y reconocidos en los Servicios de Salud^{cxv}

Más allá del debate en torno a la existencia o no de un modelo de prevención en las PVP, los informantes clave del sector de la salud reconocen modelos referidos a poblaciones en particular, desarrollados por organizaciones de la sociedad civil. Estos son la Escuela de Formación de Monitoras en Salud Integral de la Fundación Margen, orientada a las Trabajadoras Sexuales; la acción desarrollada por la Corporación Chilena de Prevención del VIH/SIDA (SIDACCION), y el quehacer del Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS). Dichas propuestas – presentadas a continuación- y su implementación son un resultado del diálogo entre las organizaciones de la sociedad civil, CONASIDA y organizaciones de otros países (Ver Anexo 10 Síntesis de los modelos de prevención focalizados en poblaciones vulnerables prioritarias de organizaciones de la sociedad civil).

Trabajadoras sexuales: Escuela de formación de monitoras en sexualidad integral de Fundación Margen^{cxvi}

Fundación Margen comenzó a trabajar, en 1995, en talleres de prevención del VIH/SIDA con trabajadoras sexuales en conjunto con CONASIDA. El equipo de dicha Fundación elaboró una definición del comercio sexual femenino adulto a partir de la cual formularon los principales nudos para la prevención en esta población.

La estrategia de prevención del VIH/SIDA con trabajadoras sexuales considera aquellos factores que inciden en la vulnerabilidad de dichas mujeres^{cxvii}:

- Las representaciones sociales en torno al ejercicio del comercio sexual femenino presentes en la población en general.
- El insuficiente conocimiento, los mitos, creencias y prejuicios del personal de salud sobre la realidad de las mujeres adultas que ejercen el comercio sexual y su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.
- La dificultad de las mujeres para asumir que la actividad ejercida implica conductas de riesgo frente al VIH/SIDA.
- La existencia de diversas formas de ejercicio del comercio sexual, frente a las que se requieren estrategias diferenciadas.
- La dificultad de las mujeres para asistir a los lugares de control de salud sexual por temor a ser identificadas localmente y ser sancionadas por el personal de salud por la actividad que realizan.
- La agudización de las asimetrías de género a la hora de implementar medidas de prevención, particularmente la negociación de prácticas de sexo más seguro, tal como la utilización del preservativo.

- Las dificultades para acceder a capacitación laboral y trabajos con remuneraciones que permitan mantener a sus familias, lo que implica que el comercio sexual sea base de dicho sustento (en su mayoría, las trabajadoras sexuales son jefas de hogar).
- La movilización y traslado frecuente hacia otros lugares y ciudades para el ejercicio del comercio sexual, lo que puede dificultar o facilitar la adopción de medidas preventivas por el acceso o no a acciones de prevención.
- Las presiones de los dueños y administradores de locales nocturnos para responder a la demanda de los clientes que no utilizan el preservativo, lo que incrementa el riesgo frente al VIH/SIDA.
- El trato, en ocasiones inadecuado, por parte de fiscalizadores de locales en los que se realiza comercio sexual.
- La existencia de limitaciones en el conocimiento sobre el comportamiento sexual en nuestro país, limitados por años a aspectos de la reproducción y a disfunciones sexuales.

En conjunto, la Fundación Margen y el Sindicato de Trabajadoras Sexuales “Ángela Lina” desarrollaron la “Escuela de formación de monitoras en salud integral”^{cxviii} como modelo de intervención en VIH/SIDA y ETS con trabajadoras sexuales. Su objetivo es capacitar a trabajadoras sexuales para que ellas puedan posteriormente replicar y transmitir sus conocimientos a sus compañeras en los distintos ámbitos en donde ejercen el comercio sexual.

El modelo comunitario de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA - SIDACCION^{cxix}

El Modelo Comunitario de SIDACCION (MCS) se fundamenta en cinco aspectos: la transmisión del VIH/SIDA en Chile es mayoritariamente vía sexual y un 70% se encuentra en la población homosexual; SIDACCION focaliza su acción en la población homosexual y ordena su acción preventiva de modo que ésta sea eficaz; la misión de SIDACCION se concibe como “*un dispositivo movilizador para el ejercicio de la ciudadanía, porque conecta al individuo con la sociedad, para reconocer, valorar y ejercer sus derechos, por sí mismo y en asociación con otros*”^{cxx}; SIDACCION es una organización comunitaria cuya promoción de la prevención tiene un enfoque integral y reconoce los obstáculos de la sociedad chilena para poder instalar la prevención del VIH/SIDA; finalmente, SIDACCION interactúa en contextos sociales más amplios para que el modelo se constituya en un apoyo para la relación con el entorno.

El cambio de conducta es el objetivo que subyace en el modelo de prevención de los talleres, se reconoce que la disminución en las conductas de riesgo es central. Los cambios conductuales, principalmente en el ámbito de la gestión de riesgo, se ven facilitados por la generación de climas favorables en los que la prevención se logra percibir como un comportamiento favorable e incluso placentero. La perspectiva de género, se incluye en la medida en que los monitores posean -dentro de sus propias herramientas- la perspectiva de género; la organización en sí no la considera.

Talleres de formación en prevención del VIH/SIDA y capacitaciones en sexualidad, ciudadanía y género: Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS)^{cxxi}

El Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS) realizó proyectos de prevención durante el período evaluado. Algunos de ellos consideraban a la población transgénero, pero estaban principalmente pensados para población homosexual masculina y con excepciones en población lésbica.

Para el MUMS, al igual que para SIDACCIÓN, la prevención del VIH/SIDA implica otros aspectos que deben atenderse y modificarse en el marco de una comprensión más estructural del riesgo y la vulnerabilidad, en que las acciones de prevención no son una cuestión netamente de salud, sino que se refieren más bien a acciones en educación. La necesidad de asociatividad de los proyectos de prevención se hace fundamental para complementar trabajos.

c) Metodologías y técnicas utilizadas en los proyectos de prevención de VIH/SIDA y ETS focalizados en las PVP

Diversas son las metodologías y técnicas de prevención focalizadas en las PVP utilizadas en los proyectos, según el Catastro de proyectos y los informantes clave, pero no se observa una articulación entre ellas de manera que se configure un modelo o modelos de prevención que las integre en una respuesta preventiva, a través de la sinergia de las distintas acciones. Es por ello que más que hablar de modelos es posible distinguir criterios y acciones que se expresan en metodología y técnicas específicas.

Entre las metodologías y técnica más frecuentes que se mencionan en el Catastro de proyectos y en la opinión de los informantes clave son^{cxxii}:

- Talleres de formación
- Capacitación teórica de monitores/as
- Testimonios de personas que viven con VIH (PVVIH)
- Sexo más seguro en centros y sitios de recreación y lugares de encuentro
- Lenguajes comunes
- Sensibilización
- Representaciones, teatro
- Mesas informativas

d) Difusión de los resultados

CONASIDA valora la difusión de los resultados por parte de los Servicios de Salud como una medida de transparencia que ha intentado instalar especialmente con las organizaciones de la sociedad civil. La entrega de los resultados de las experiencias es deseada, no sólo a nivel central, sino que también de las organizaciones. En algunos casos se han difundido resultados en instancias como la Cuenta Pública, Seminarios, Ferias ciudadanas, que contemplan además, la entrega de un balance hacia las instituciones con ese objeto. Sin embargo, la difusión no es tan frecuente y ha estado circunscrita, fundamentalmente, a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y no ha abarcado a las Seremías, Servicios de Salud y CETS^{cxxiii}.

e) Evaluación de las estrategias y modelos implementados

No existe acuerdo entre los informantes clave del sector salud sobre la evaluación de los proyectos focalizados en PVP una vez que han finalizado. CONASIDA tiene la percepción de que existen evaluaciones de carácter cualitativo posteriores a la ejecución de los proyectos. Sin embargo, se reconoce que a nivel nacional no se han realizado evaluaciones y que cuando las ha habido se han realizado de manera aislada. A lo sumo hay evaluaciones de proceso, que dan cuenta de la realización de las actividades comprometidas, pero no hay evaluaciones de resultados ni del impacto alcanzado.

Se percibe una necesidad generalizada de realizar evaluaciones de los proyectos de prevención en VIH/SIDA en PVP. Su importancia radica en que por medio de éstas se podría reunir información vital para la motivación de los grupos de trabajo en prevención. La ausencia de resultados de evaluación lleva -en algunos casos- a que las acciones queden inconclusas e incluso que los equipos se desmotiven. Los proyectos constituyen inversiones que no están siendo evaluadas. No hay evaluación de la supervisión de recursos, de su uso, del cumplimiento de metas, o de la destinación de recursos para los próximos períodos de concursos.

Se señala por los informantes clave que no se han desarrollado instrumentos específicos de evaluación, más allá de decir si los productos comprometidos se cumplieron (hacer talleres, llegar a determinado número de personas, cantidad de preservativos, actividades programas y rendición de cuentas). El Método del Marco Lógico (MML), recomendado por CONASIDA, entrega una forma de evaluación, que ha sido utilizada de manera parcial y que podría ser utilizada dependiendo de cada experiencia. En una menor medida se hace referencia a pautas enviadas desde las Seremías y la utilización de grupos focales en la evaluación de los talleres^{cxxiv}.

f) Replicabilidad de los proyectos

No existe consenso entre los informantes clave sobre si los proyectos focalizados en las PVP que han sido diseñados y ejecutados son o no replicables a nivel nacional. La replicabilidad es entendida no sólo como la posibilidad de trasladar una experiencia preventiva de un lugar geográfico a otro, o de una población a otra, sino como que las personas que participan de las actividades de prevención puedan transmitir los conocimientos adquiridos a sus pares. Este tipo de réplica es uno de los objetivos que persigue gran parte de las acciones en prevención, siendo la replicabilidad geográfica un objetivo mayor.

La replicabilidad depende también del tipo de acceso a la población a la que se dirige la experiencia de prevención. Las poblaciones cautivas facilitan el trabajo preventivo, ya que la ubicación de las personas es parte del registro del Servicio de Salud. Esto se hace patente en el caso de las Trabajadoras Sexuales, quienes por el control de salud –cuando existe- mantienen un vínculo con el Servicio y sus funcionarios. El problema que se produce en ocasiones es que la población que asiste a estos talleres es la misma que ha participado anteriormente y se presenta la dificultad de llevar a nuevas personas. Esta dificultad se asocia a la exposición que puede implicar la experiencia del taller.

La replicabilidad geográfica encuentra su punto de tope, al encontrarse con las realidades locales. Al igual que en el caso de la información epidemiológica local, las experiencias de prevención que han tenido efecto en un lugar y población no siempre funcionan en otros espacios y poblaciones objeto. Existirían lugares en los que *la salida del closet*, así como la posibilidad de salida de las PVP, impide que se puedan llevar a cabo^{cxxv}.

g) Aprendizajes en torno a las metodologías metodológicas desarrolladas e impulsadas en los proyectos focalizados en las PVP

Los aprendizajes declarados por los informantes clave de CONASIDA, directivos/as de Seremías, Servicios de Salud y CETS se pueden agrupar como sigue:

- las metodologías y técnicas para desarrollar proyectos de intervención deben ser acordes con las realidades con las que les toca trabajar.
- han aprendido a plantear objetivos y alcanzarlos con los medios e instrumentos adecuados, y a replantearse cuando se fracasa.
- se reconoce la importancia de la apertura hacia las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), pese a que el trabajo en conjunto muchas veces interfiere en las rutinas establecidas. Las Organizaciones y sus representantes ingresan a su vez a una nueva cultura institucional.
- conocimiento y reconocimiento del acervo de experiencias y materiales de prevención existentes a lo largo del país, susceptibles de ser replicadas en otros lugares, siempre y cuando se reconozcan las particularidades de cada población y lugar.
- aceptación tanto desde CONASIDA como desde las Seremías, los Servicios de Salud y CETS que, en ocasiones, los lineamientos generales para llevar a cabo la prevención pueden no coincidir con las convicciones de quienes elaboran los proyectos. De ahí la necesidad del trabajo en conjunto y de la toma de decisiones de manera consensuada. En esa discrepancia es donde se aprecia la variabilidad de las poblaciones vulnerables prioritarias que, condicionadas por las realidades epidemiológicas locales, ponen en jaque los lineamientos generales en torno a la prevención con PVP.
- la horizontalización por la progresiva incorporación de la consejería como estrategia de prevención y de los consejeros de las organizaciones como una actividad regular tiene consecuencias al menos en las reuniones de equipo que se realizan de manera mensual.
- si bien existe en los servicios un acervo de conocimientos y experticia, se constata que hay aspectos que surgen de las experiencias directas de trabajo con las PVP, que los entregan, fundamentalmente, las organizaciones de la sociedad civil^{exxvi}.

h) Debilidades en torno a las metodologías metodológicas desarrolladas e impulsadas en los proyectos de prevención focalizados en las PVP

Entre las debilidades percibidas por los informantes clave, profesionales y directivos/as, en las estrategias y acciones en prevención para la Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP), se señalan:

- la baja cobertura de dichas acciones,
- la carencia de personal entrenado,
- el eventual peligro de sufrir violencia por parte de las poblaciones foco o bien con la policía.

Sin embargo, la gran debilidad del trabajo preventivo llevado hasta ahora es la falta de seguimiento de los proyectos y de su impacto en el tiempo, pese a que es prioridad hacerlo. Esta carencia, se explica por la inexistencia de instrumentos que permitan realizar evaluaciones y seguimientos de los trabajos de prevención.

Por otra parte, si bien es cierto que hay esfuerzos para establecer un trabajo horizontal y participativo, es difícil alcanzarlo. Se observa un mayor involucramiento del sector de salud en las actividades de prevención, pero las relaciones entre otros profesionales de la salud con los médicos pueden ser difíciles.

En torno al trabajo horizontal y participativo se citan experiencias negativas, como un caso en que personas de las organizaciones habrían intentado seducir a algún profesional. Por otra parte,

desde las organizaciones se señala la existencia de discriminación hacia sus miembros dentro de los Servicios^{cxxvii}.

4. Conclusiones y recomendaciones sobre estrategias metodológicas en proyectos de prevención en PVP

La noción de Modelos para la prevención, tiene una pluralidad de significados, que se utilizan simultáneamente, en el uso que se constata tanto en los proyectos del Catastro de proyectos, como en las opiniones de los informantes clave. Falta, en este sentido, mayor precisión de lo que se entiende por modelos y en qué medida esa noción utilizada es apropiada a nivel regional, de los servicios de salud y los CETS. Ello es fundamental para hablar un mismo lenguaje y para que se comprenda el lugar que ocupan en la estrategia de prevención de CONASIDA focalizada a las PVP.

Si se examina los objetivos que CONASIDA establece para su estrategia preventiva en las PVP, se reconoce –por los distintos informantes claves- que hay estrategias, metodologías, materiales, guías, etc., pero no se aprecia un modelo. Si por modelo se entiende un recurso sistémico y adaptativo que define objetivos generales y específicos, líneas de acción, procedimientos y técnicas integradas que generan sinergia, y protocolos de aplicación. Modelo que se sustente en una visión explícita de la prevención primaria del VIH/SIDA y las ETS y en un enfoque conceptual socializado que tenga como centro el empoderamiento de las personas y que les permita asumir responsablemente su salud, que les dote de recursos para visibilizar sus vulnerabilidades y hacer una mejor gestión del riesgo.

Se constatan diversas metodologías y técnicas, pero sin articulación entre ellas de manera de proponer una respuesta más integrada, como lo debería hacer un modelo. Los abordajes que se hacen de las poblaciones vulnerables prioritarias no hacen grandes distinciones metodológicas entre personas homosexuales, bisexuales, heterosexuales con prácticas bi-homosexuales, personas transgénero y trabajadoras/es sexuales; en general se tiende a homosexualizar los enfoques metodológicos focalizados en la población HSH.

Las evaluaciones que se hacen de los proyectos implementados, incluso los que se sustentan en propuestas metodológicas significativas, cuando se hacen, sólo son de proceso, es decir, registran el cumplimiento de las tareas comprometidas, pero no se conoce sus resultados ni su impacto en la reducción de la infección por VIH.

La replicabilidad, naturalmente es difícil, si no han sido validadas adecuadamente (con evaluaciones).

Es escasa difusión de resultados, queda en encuentros ocasionales, a veces se mandan a CONASIDA, no hay retroalimentación.

Recomendaciones

- a) Precisar conceptualmente el uso de las nociones de modelo, de estrategia y de metodología de prevención del VIH/SIDA en PVP y uniformar el discurso de CONASIDA y los servicios de salud al respecto, asegurando que se está hablando de una misma herramienta destinada a cumplir eficazmente con la tarea de prevención.
- b) Profundizar en metodologías de intervención que permitan respuestas adecuadas a los lugares y ámbitos sociales a los que no se ha llegado aún o se lleva de manera deficiente. Ello supone satisfacer las necesidades de conocimiento señaladas en el primer acápite de este capítulo.
- c) Aplicar metodologías y validarlas a través de un seguimiento del ciclo completo de cada intervención, incluyendo la evaluación de los resultados y –en lo posible- del impacto logrado. Ello supone trabajar en indicadores de proceso y de resultado específicos para las distintas poblaciones destinatarias de las intervenciones, de modo de asegurar que se está logrando los resultados que se han comprometido, más allá de cumplir con las tareas exigidas en las matrices y protocolos de acción.
- d) Fortalecer los lazos con las organizaciones de los distintos grupos que componen las PVP, tanto para recibir de ellos el conocimiento acabado de la particularidad de cada grupo o sector, como para fortalecerlos en sus habilidades técnicas y de liderazgo para el desarrollo de actividades de prevención.
- e) Comunicar lo que se hace, generar diálogos con la sociedad civil sobre el Programa y los proyectos de Prevención del VIH/SIDA y las ETS de CONASIDA. Invitar a las personas e instituciones a hacerse parte de este trabajo, y así poder entrar a nuevas poblaciones o sectores a los que no se llega.
- f) Generar una base de metodologías y materiales a utilizar, incluyendo aquellas desarrolladas por las organizaciones de la sociedad civil, que estén disponibles en Internet para el trabajo, tanto a nivel regional gubernamental, como no gubernamental.

VII. IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROYECTOS FOCALIZADOS EN HSH, TS Y PT EN ONG's DE LA SOCIEDAD CIVIL

(Evaluación de la implementación y ejecución de proyectos focalizados en HSH, TS Y PT en las ONG's ejecutoras de la sociedad civil)

La información de base para este objetivo específico es el Catastro de Proyectos de Prevención focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias (Ver Anexo 1), que tiene su origen en la Sistematización del programa de prevención primaria del VIH/SIDA y ETS hacia poblaciones vulnerables prioritarias (HSH, hombres que tienen sexo con hombres; TS, trabajadoras sexuales; PT, personas transgénero), solicitada por CONASIDA durante el año 2004^{cxviii}, complementada con los datos producidos por FLACSO-Chile en el contexto de esta evaluación, y las entrevistas a informantes clave de Organizaciones de la Sociedad Civil que diseñaron y ejecutaron proyectos focalizados en PVP y a usuarios.

El informe completo de este Objetivo específico está en el Anexo 11.

El análisis de estas experiencias de trabajo de prevención de la epidemia fue realizado a partir de las siguientes consideraciones analíticas:

- Las intervenciones dirigidas hacia poblaciones vulnerables prioritarias fueron consideradas como acciones sociales multidimensionales y complejas, que se recrean y actualizan cotidianamente en la acción entre los ejecutores y usuarios/as.
- Estas intervenciones, que fueron estructuradas bajo el formato de proyectos sociales, se entienden como la coordinación de “actividades que realizan personas, grupos, equipos e instituciones para alcanzar finalidades compartidas y deseadas. Estas finalidades son soluciones a problemas y carencias que tienen los actores, ya sean sujetos o beneficiarios de la acción^{cxix}”.
- Estos proyectos y su estructura, como asimismo, la apertura que se plantean hacia diversos entornos, requieren incluir la visión de los actores acerca de los contextos con los cuales se relacionan el trabajo de las intervenciones, los cuales comprenden acontecimientos, condiciones o las decisiones que efectúan actores importantes para la continuidad de los beneficios generados por los proyectos.
- Cada uno de los proyectos formaría parte de estrategias de intervención y en algunos casos, son propuestos como modelos de prevención de la epidemia del VIH/SIDA, que permitirían otorgar sentidos y significados compartidos, al igual que la atribución de los cambios ocurridos en las poblaciones destinatarias.
- Finalmente, el desarrollo histórico y el presente de estas intervenciones permite a sus actores formular carencias, expectativas y demandas, entendidas como un potencial transformador del presente a partir de la experiencia.

1. Caracterización de los proyectos de prevención de VIH/SIDA y ETS focalizados en PVP

Se registran 46 iniciativas de las organizaciones de la sociedad civil en el período comprendido entre los años 1998 y 2003. Estos proyectos fueron desarrollados mayoritariamente de forma autónoma por las organizaciones de la sociedad civil. Un tercio de los proyectos corresponde a la modalidad asociativa entre el sector público y estas organizaciones.

En la zona norte del país se trata de proyectos de tipo asociativos con una duración inferior a 6 meses. En cambio, en la zona central del país, las iniciativas fueron realizadas, mayoritariamente, de un modo autónomo por la sociedad civil con una extensión entre 7 y 12 meses.

En la sistematización de información sobre los proyectos, llama la atención la ausencia de registro de datos sobre la cobertura de los proyectos. 8 de 45 intervenciones poseen información de cobertura directa y 6 de 45 proyectos se consignan datos de cobertura indirecta. Al examinar la calidad de los datos presentados no permite efectuar un análisis cuantitativo para los fines de este informe.

Al igual que con el indicador de cobertura la información que arrojan los proyectos sobre la relación costo/persona no permite efectuar un análisis técnico.

2. Estructura de experiencias de trabajo de prevención del VIH/SIDA y ETS

Los componentes de los proyectos, en general, presentan bajos niveles de registro de su información descriptiva, especialmente en cuanto a sus objetivos, población destinataria y actividades en sus distintas fases, contextos especiales y temporales de las intervenciones, en otros casos, se constatan serias limitaciones en términos de la calidad de sus datos.

Los objetivos de los proyectos tienden a formularse en una doble perspectiva, por una parte, existe un conjunto de proyectos que enfatizan objetivos centrados en los ejecutores y sus actividades, y por otra parte, existen objetivos donde se explicitan los cambios que se esperan en los destinatarios:

- Los objetivos centrados en los ejecutores buscan cambios en la sociabilidad homosexual, ofertas educativas y tendencias en la epidemia.
- En aquellos objetivos enunciados desde los cambios que se esperan en los destinatarios encontramos el desarrollo de habilidades intelectuales, estrategias cognoscitivas, entrega de información sobre contenidos en el campo del VIH/SIDA y ETS y aprendizajes de actitudes.

En cuanto a los actores en la implementación de los proyectos encontramos once organizaciones de la sociedad civil, con diversos grados de experiencia e institucionalización de su trabajo. Las instituciones públicas fueron diez y seis en el período.

Las poblaciones destinatarias se encuentran preferentemente registradas en los proyectos asociativos. Al examinar los contenidos de las intervenciones es posible inferir indirectamente sus destinatarios. Mayoritariamente, los proyectos se dirigieron a dos o más poblaciones, donde la categoría hombres que tienen sexo con hombres, HSH, tiene las mayores menciones en las intervenciones. Se constata que un cuarto de los proyectos no corresponde a la categoría poblaciones vulnerables prioritarias.

Los contenidos temáticos de los proyectos se concentran en la prevención del VIH/SIDA, y un tercio incluye tanto al VIH/SIDA como también, las enfermedades de transmisión sexual, ETS. Este núcleo temático - VIH/SIDA y ETS - es especificado en subtemas: un campo temático referido al riesgo y la vulnerabilidad en cuanto factores determinantes en un trabajo preventivo, y por otra parte, una serie de ámbitos de operación de la prevención, esto es, conductas preventivas,

percepción de riesgo, desarrollo personal (autocuidado, autonocimiento, actitudes), información sobre VIH/SIDA y ETS, y finalmente, ciudadanía, organización, promoción comunitaria y climas favorables a la prevención).

3. Evaluación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)

En los proyectos que se efectuaron evaluaciones de la experiencia de los proyectos PVP y que fueron recuperados en la sistematización del programa, se constata que, en una dimensión interna, como una fortaleza la coordinación en el trabajo entre los diferentes actores y la existencia de grupos de trabajos implicados. En este mismo plano interno, una debilidad importante fue la falta de seguimiento y continuidad a los proyectos y los obstáculos de acceso a los grupos de interés, dada su condición de discriminación en el país.

En aquellos elementos de orden externo a los proyectos se detectó como una oportunidad la cooperación entre las organizaciones de la sociedad civil con las autoridades y la motivación de los equipos y otros actores, como los estudiantes. Por otra parte, un factor amenazante para dar inicio y la implementación de los proyectos fue mencionado el traspaso tardío de los recursos.

Igualmente en una perspectiva evaluativa, al ser consultados los ejecutores de proyectos sobre los aprendizajes de la experiencia, es posible observar, que éstos van desde aprendizajes experienciales para los usuarios/as de los talleres hasta aquellos en los que el VIH/SIDA aparece ante los ejecutantes como un problema amplio, que no sólo debe abordarse desde la salud y el riesgo, sino que desde una mirada asociativa.

Así, la atención al problema del VIH/SIDA debe implicar más recursos financieros y destinar un tiempo adecuado para su abordaje. A modo de ejemplo en dos proyectos se señala lo siguiente: *“Poder llegar a una población que no accede a este tipo de sensibilización, estableciendo modelos educativos de acuerdo a su realidad”* (proyecto Asociativo II región) y *“1. El VIH SIDA es una temática que se debe enfrentar asociativamente, es decir, no sólo le pertenece al sector salud. 2. Hay que dedicarle más tiempo y recursos, tantos económicos como humanos, a la estrategia de prevención. 3. El VIH SIDA es necesario, también, trabajarlo desde una mirada o enfoque del desarrollo de factores protectores y no sólo de riesgo porque se asocia a la enfermedad, y es necesario anticiparse a esto”* (proyecto asociativo V región).

- La falta de diferenciación entre los productos según el tipo de población destinataria. En una misma enunciación de productos se mencionan a distintas poblaciones destinatarias sin caracterizar sus particularidades.
- El enunciado de productos como si fueran objetivos específicos. Por ejemplo “promover el cambio de actitud de las personas que trabajan en la atención de personas que viven con VIH/SIDA”.

5. Estrategias metodológicas y modelos de intervención en PVP

En los proyectos de intervención en poblaciones PVP se constata que un escaso número de ellos, señala explícitamente la utilización de estrategias y modelos de intervención. Al distinguir entre estrategias y modelos planeados o pretendidos y modelos logrados o efectivos, podemos observar que éstos últimos más bien han privilegiado a una aproximación descriptiva de acciones en torno a objetivos y con criterios o normas comunitarias e individuales para el enfrentamiento de la prevención del VIH/SIDA.

En los proyectos se reconocen, en términos generales, los modelos como productos textuales, donde se describen y representan narrativamente contenidos, objetivos, metodologías, actividades y resultados esperados, como también, como un proceso de intervención, que busca describir aquellos componentes críticos para la operación de los proyectos.

Es posible reconocer dos grandes perspectivas en este campo, por una parte modelos y estrategias de las poblaciones HSH y homosexuales y personas transgénero, cuyo criterio central es la legitimación cultural de las homosexualidades, y por otra parte, aquellos implementados en trabajadoras sexuales, donde se busca el desarrollo de un comercio sexual regulado y derechos laborales para sus trabajadoras.

Estos criterios permiten articular y aglutinar sentidos y significaciones que movilizan operacionalmente las actividades de los proyectos.

6. Carencias, expectativas y demandas

Las carencias que formulan los dirigentes y líderes de las organizaciones de la sociedad civil se concentran en el ámbito de la prevención del VIH/SIDA, específicamente, en el caso de la población homosexuales y HSH se refieren a la carencia de conocimiento suficiente sobre los cambios que ocurren en la cultura sexual y su determinación en la innovación en prevención. En las trabajadoras sexuales y principalmente trans señalan requerimientos en los enfoques de capacitación, mayores recursos como es el preservativo y el alineamiento de los funcionarios públicos de salud y políticas en una política de prevención de la epidemia.

Las expectativas y demandas se formulan como un potencial de cambio del presente en el marco de la institucionalidad pública y se refieren a los siguientes aspectos: consideración de espacio local comunal, inclusión de temas en políticas y programas (VIH/SIDA, estilo de vida y vulnerabilidades, consumo de drogas), criterios pertinentes en el diseño de acciones públicas, institucionalización de experiencias de capacitación, diseño e implementación de programas

específicos (mujeres trabajadoras a nivel local, capacitación de población trans) y prestaciones sociales (nivelación escolar para trabajadoras sexuales de Valparaíso).

7. Visión del contexto de los proyectos PVP desde la sociedad civil

El contexto de los proyectos se visualiza, por los líderes, dirigentes y usuarios/as de los servicios de las organizaciones de la sociedad civil, en los siguientes ámbitos: El Estado chileno y sus instituciones, las organizaciones de la sociedad civil en el campo de la prevención del VIH/SIDA, los contextos: sociocultural, psicosocial y de redes sociales.

Se constata un discurso crítico y demandante en la relación entre el Estado y las organizaciones. Precisamente, la institucionalidad pública concentra la atención en términos de una responsabilidad en la elaboración e implementación de una respuesta pública a la epidemia.

Los entrevistados coincidentemente reconocen contextos socioculturales y psicosociales que enfrentan las intervenciones. Son contextos, que se encuentran en un proceso de cambio y tensiones que plantean una particular complejidad. Se reconocen tres perspectivas para su abordaje: una visión se concentra en las condiciones actuales de la cultura y principalmente se interpretan las experiencias de discriminación, estigmatización y aislamiento social que plantea la diversidad sexual. Una segunda aproximación enfatiza las transformaciones socioculturales y en tercer lugar, una perspectiva enunciada por la población trans, que pone de manifiesto los problemas de calidad de vida y marginalidad que se enfrentan y la exigencia de adaptación e integración que propone el Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

Rol actual y futuro de CONASIDA

En el discurso de los informantes clave de las intervenciones en poblaciones vulnerables prioritarias, miembros de las organizaciones de la sociedad civil sociedad, es posible identificar la atribución de un rol actual y futuro de CONASIDA. Este rol es construido dependiendo de la experiencia de la organización en el campo de la prevención, en particular según su localización regional y población específicamente destinataria de su trabajo.

Las organizaciones de las regiones 2^a y 5^a, señalan que su mayor necesidad es la presencia de CONASIDA en las distintas realidades a nivel nacional, dado que actualmente reconocen una distancia de CONASIDA al desconocer las necesidades de los espacios locales y circunscribirse a un rol de tipo administrativo.

Desde las organizaciones de la Región Metropolitana, es posible observar que se construye un escenario que plantea incertidumbres con respecto al futuro de CONASIDA, dado los cambios que está experimentando el sistema de salud chileno por la Reforma de la Salud.

Adicionalmente, se les atribuye a la CONASIDA burocracia y una ineficiente administración de los recursos, lo cual contribuiría a desperfilar su acción en el campo de la prevención del VIH/SIDA. Situación que se percibe con mayor crudeza en las organizaciones de regiones 2^a y 5^a.

8. Conclusiones y recomendaciones para CONASIDA sobre proyectos de la sociedad civil en PVP

a) Contenidos básicos de políticas públicas focalizadas en prevención de VIH/SIDA y ETS

En la visión de los informantes clave de las organizaciones de la sociedad civil respecto a los contenidos básicos de una política pública en prevención del VIH/SIDA y las ETS, y que se focalice en las poblaciones vulnerables prioritarias, PVP, se configuran desde dos aproximaciones principales:

- Una primera aproximación se refiere al reconocimiento del trabajo de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con PVP y en el involucramiento de éstas en el diseño de las políticas públicas. Este involucramiento debería recoger el conocimiento y experiencia de las organizaciones.
- Una segunda perspectiva, una política debería desarrollar un trabajo conjunto entre las organizaciones y las instituciones de gobierno (sector salud, carabineros y policías, sus autoridades y personal) en el reconocimiento de derechos, sexualidad y diversidad sexual.

En particular, desde las organizaciones que trabajan con personas homosexuales y otros HSH, el origen de toda acción pertinente está en el reconocimiento de las poblaciones vulnerables prioritarias. Se necesita que en el ámbito estatal, y particularmente, desde las instituciones que se vinculan con estas poblaciones, se instale el tema de la sexualidad y de la diversidad sexual de manera clara y directa, en un marco de derechos humanos, no discriminación y no violencia.

b) Contextos socioculturales y psicosociales de las intervenciones en prevención del VIH/SIDA y las ETS

En los entrevistados de las poblaciones homosexuales y HSH, trabajadoras sexuales y trans se registra una mención a un contexto sociocultural y psicosocial que experimentan las intervenciones. Se trata de un contexto que se encuentra en un proceso de cambio y tensiones que plantean una particular complejidad. Existen tres aproximaciones en el discurso que se relacionan entre sí y sin embargo, enfatizan elementos diferentes:

- Una perspectiva se concentra en las condiciones actuales de la cultura y principalmente se interpreta desde las experiencias de discriminación, estigmatización y aislamiento social que plantea la diversidad sexual. En Chile habría una mitología sobre la sexualidad y afectividad homosexual que alimenta esas condiciones.
- Una segunda visión enfatiza las transformaciones socioculturales, desde una constatación paradójica, por una parte se reconocen elementos positivos de la mayor visibilidad social actual de la población gay a través de voceros públicos y por otra parte, se identifica una barrera, producto de esa misma visibilidad, para acceder con trabajo preventivo en los establecimientos educacionales.
- En tercer lugar, hay una aproximación, enunciada principalmente por la población trans, que pone de manifiesto los problemas de calidad de vida y marginalidad que se enfrentan y la exigencia de adaptación e integración que propone el Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

En síntesis:

- El contexto de los proyectos se visualiza, por los líderes, dirigentes y usuarios/as de los servicios de las organizaciones de la sociedad civil, en los siguientes ámbitos: El Estado chileno y sus instituciones, especialmente, se mencionan a CONASIDA, Policías, intersectorialidad; las organizaciones de la sociedad civil en el campo de la prevención del VIH/SIDA, los contextos sociocultural, psicosocial y de redes sociales.
- Se constata un discurso crítico y demandante en la relación entre el Estado y las organizaciones. Precisamente, la institucionalidad pública concentra la atención en términos de una responsabilidad en la elaboración e implementación de una respuesta pública a la epidemia.
- Actualmente, CONASIDA presenta tanto atributos negativos como positivos en la visión de los informantes clave de las organizaciones de la sociedad civil. Se le critica su burocracia, la distancia con la realidades locales, ausencia de un enfoque explícito hacia las personas transgénero y una incertidumbre acerca de su futuro en el contexto de la Reforma de Salud.
- Los contenidos básicos que se esperan de una política pública de prevención del VIH/SIDA y ETS se refieren la integración y reconocimiento del trabajo y acervo de las organizaciones de la sociedad civil. Existen contenidos específicos según población, así las personas transgénero y trabajadoras sexuales demandan que una política comprenda servicios integrales de salud, los homosexuales y otros HSH, señalan la importancia de abordar el tema de la sexualidad, género y diversidad sexual desde una perspectiva de los derechos humanos.
- Los entrevistados coincidentemente reconoce contextos socioculturales y psicosociales que enfrentan las intervenciones. Son contextos, que s encuentran en un proceso de cambio y tensiones que plantean una particular complejidad. Se reconocen tres perspectivas para su abordaje: una primera visión se concentra en las condiciones actuales de la cultura y principalmente se interpretan las experiencias de discriminación, estigmatización y aislamiento social que plantea la diversidad sexual. Una segunda aproximación, enfatiza las transformaciones socioculturales, y en tercer lugar, una perspectiva enunciada por la población trans, que pone de manifiesto los problemas de calidad de vida y marginalidad que se enfrentan y la exigencia de adaptación e integración que propone el Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

Recomendaciones

1. Diseñar e implementar un sistema de evaluación y monitoreo de los proyectos focalizados en poblaciones vulnerables prioritarias, que permita una gestión del conocimiento de su experiencia. Esta gestión permitiría articular y reconocer adecuadamente un capital intelectual y social de las organizaciones de la sociedad civil y ponerlo a disposición de nuevos proyectos en el campo de la prevención de la epidemia y las ETS.
2. Desarrollar un programa de formación y capacitación para el diseño, implementación, sistematización y evaluación de proyectos en el ámbito de la prevención del VIH/SIDA y ETS. Este programa buscaría compartir criterios técnicos y estratégicos acerca de los proyectos, como también, potenciar las habilidades y competencias de los actores de la sociedad civil. Una de las

materias indicadas relevantes por los actores entrevistados son las transformaciones en la cultura sexual del país y las estrategias innovadoras de prevención.

3. Promocionar y fortalecer los proyectos destinados a poblaciones vulnerables prioritarias cuyos contenidos aborden la prevención del VIH/SIDA y ETS. Además es necesario asegurar el seguimiento y sustentabilidad en las comunidades de aquellas intervenciones destinadas a las poblaciones vulnerables prioritarias de acuerdo las orientaciones del programa PVP de CONASIDA.

4. Difundir las buenas prácticas de cooperación entre autoridades locales y la sociedad civil a través de los proyectos asociativos en prevención de la epidemia y ETS. Estas experiencias constituyen parte del capital social que se ha potenciado o generado a raíz de las iniciativas del programa de PVP y que es necesario comunicarlo públicamente sea bajo la forma de un libro, boletines u otros canales de información.

5. Organizar y posibilitar una conversación social sobre las homosexualidades y la prevención del VIH/SIDA y ETS que permita resituar el debate público hacia la promoción de derechos y ciudadanía activa, con una perspectiva de género, la diversidad sexual en el país. Las prácticas y propuestas de modelo de la sociedad civil han efectuado un aporte sostenido en relación con el conocimiento y visibilidad social de la diversidad sexual, entendidas como un punto de partida necesario para una prevención de la epidemia centrada en las personas y su autonomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abarca, H. (2000) "Las fuerzas que configuran el deseo", en: José Olavarría y Rodrigo Parrini (eds.), *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia. Primer encuentro de estudios de masculinidad*. Santiago, Chile: FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de masculinidad, 2000, pp. 105-112.

Ahumada, E. y Sánchez C (2000) *Homosexualidad y derechos humanos*. Santiago, Chile: Corporación CODEPU.

Amnistía Internacional (1994) *Rompamos el silencio. Violaciones de derechos humanos basadas en la orientación sexual*. Madrid: Amnistía Internacional.

Araya, C. y P. Latorre (1997) *Prostitución juvenil. Los hijos del desamor*. Santiago, Chile: Raíces.

Ardila, H, Stanton, J. Gauthier, L. (1999) *Estrategias y lineamiento para la acción en VIH/SIDA con HSH*. Bogotá: ONUSIDA, Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA.

ASICAL (2005) *Desafíos y lecciones aprendidas. Prevención de las ITS, el VIH y el SIDA entre hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe latino*. ASICAL (Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina y el Caribe)

Balderston, Daniel y Guy, Donna (1998) *Sexo y sexualidades en América Latina*. Buenos Aires: Paidós.

Bello, A. (1992) "La prostitución en Temuco, 1930-1950. La mirada del 'cliente'", en *Proposiciones* N°21. Santiago, Chile.

Caro, Isaac y Guajardo, Gabriel (1997) *Homofobia cultural en Santiago de Chile. Un estudio cualitativo*. Santiago, Chile: FLACSO-Chile, Nueva Serie FLACSO.

Comité País del Fondo Global contra el VIH/SIDA, Chile (2002) *Proyecto "Aceleración y Profundización de la respuesta Nacional, participativa y Descentralizada a la Epidemia VIH/SIDA en Chile"*.

COMISIÓN EUROPEA, Europe Aid Oficina de Cooperación (2002) "Guía Gestión del Ciclo de Proyecto. Versión 2.0", Preparada por: PARTICIP GmbH, Freiburg, Alemania.

CONASIDA (2002) "Estrategias de Prevención. Área de Prevención- Comisión Nacional del SIDA, MINSAL" Santiago, Chile.

CONASIDA (2004) "Orientaciones generales para la formulación de Planes Regionales Intersectoriales, Participativos y Descentralizados de Prevención del VIH/SIDA - año 2004" CONASIDA. Documento de trabajo. MINSAL, Santiago.

CONASIDA (2005) "Sistematización de experiencias de trabajos en prevención primaria hacia las poblaciones vulnerables prioritarias." Componente de prevención CONASIDA proyecto 1.2.1. Santiago, Chile.

CONASIDA (S/F) "Políticas y estrategias de prevención del VIH/SIDA en Chile. Comisión Nacional del SIDA, MINSAL"

CONASIDA (2003) “Estado actual de la respuesta nacional a la epidemia VIH/SIDA y las ETS. Jornadas de trabajo Servicios de Salud Región Metropolitana. Proyecto Fondo Global en el marco de las ETS. Santiago, septiembre 2003” MINSAL, Santiago.

CONASIDA (S/F) “Acciones para enfrentar variables de vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA en Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Documento de trabajo, Área de Prevención. Comisión Nacional del SIDA” MINSAL, Santiago.

CONASIDA (S/F) “Orientaciones generales para la formulación de Planes Regionales Intersectoriales, participativos y descentralizados de prevención del VIH/SIDA. Año 2004” MINSAL, Santiago.

CONASIDA (S/F) “Bases técnicas y administrativas. Propuesta de acciones para enfrentar la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” MINSAL, Santiago.

CONASIDA (S/F) “Evaluación de fondos concursables Fondo Global/CONASIDA”. MINSAL, Santiago.

CONASIDA (2004) “Información epidemiológica entregada por CONASIDA” MINSAL, Santiago.

CONASIDA (2004) “Chile 1999 – 2000 Cuentas Nacionales, CONASIDA/SIDALAC. 2002” MINSAL, Santiago.

CONASIDA (S/F) “Información presupuestaria” Documento aportado por CONASIDA. MINSAL, Santiago.

Cortés, M. y B. Padín (1997) “Mujer, comercio sexual y violencia”, en Santa Cruz, Guadalupe (eds) *Veredas por cruzar. 10 años*. Santiago: Instituto de la Mujer.

Donoso, Carla y Cristián Matus (2000) “Trayectorias y simultaneidades: una mirada desde la subjetividad de jóvenes clientes de prostitución a la construcción de identidad masculina”, en Olavarría, José y Rodrigo Parrini (eds.) (2000) *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*. Primer encuentro de estudios de masculinidad. Santiago: FLACSO-Chile / Universidad Academia de Humanismo Cristiano / Red de masculinidad.

Equipo de Sistematización CONASIDA (2004) “Sistematización de experiencias de trabajo en prevención primaria hacia Poblaciones Vulnerables Prioritarias”. Santiago, Informe Final.

Fernández, Josefina (2004) *Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género*. Buenos Aires, Argentina: Edhasa.

FLACSO-Chile (1998) *Informe de Encuesta: Representaciones de la Sociedad Chilena*. Vol. 2, temas políticos. Santiago, Chile: FLACSO-Chile.

FLACSO-CONASIDA (2004) Notas de Seminario-taller: Modelos de prevención en VIH y transformaciones socioculturales en Chile. Santiago.

Foucault, M. (1979) *Microfísica del poder*. España: Ediciones de La Piqueta

Fundación Ideas (1997) “Primera encuesta intolerancia y discriminación”. Santiago: Fundación Ideas.

Giménez, G. (1994) La teoría y el análisis de la cultura. Problema teórico y metodológico. En: Jorge González y Jesús Galindo. *Metodología y Cultura*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, pp.33-66.

Gobierno de Chile (2003) “Informe ejecutivo encuesta tolerancia y no discriminación”. Santiago: Fundación Ideas-Universidad de Chile. Gobierno de Chile.

Guajardo, Gabriel (2004) “Homosexual in Chile Today”, en *Harvard Review of Latin America-Spring* 2004. En internet: <<http://drclas.fas.harvard.edu>>

Guajardo, Gabriel (2002) “Contexto sociocultural del sexo entre varones”, en Cáceres, C., Mario Pecheny y Veriano Terto (eds). *SIDA y sexo entre hombre en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción*. Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina, ONUSIDA.

Guajardo, Gabriel (2000) “Homosexualidad masculina y opinión pública chilena en los noventa”, en Olavarría, José y Rodrigo Parrini (eds.) (2000) *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*. Santiago: FLACSO-Chile, Red de Masculinidades, Universidad de Humanismo Cristiano.

Guerrero, E. y Valdés, A. (2004) *Presupuestos Públicos en la lucha contra el VIH/SIDA*. Santiago: Consultoras.

Gutmann, Mathew (1996) *The Meanings of Macho. Being a Man in Mexico City*. Berkeley: University of California Press.

Koch, R. (2000) Lo fundamental y más efectiva acerca de la estrategia. Colombia: Mc Graw-Hill Interamericana.

Lastra, Teresa (1997) *Las otras mujeres*. Santiago, Chile: APRODEM.

Lastra, Teresa et. al. (2004) “Percepción de riesgo del VIH/SIDA en hombres clientes de sexo comercial femenino adulto en locales topless de la comuna de Santiago Centro”. Santiago, Chile: Fundación Margen.

Martinić, S. (1997) Evaluación de proyectos. Conceptos y herramientas para el aprendizaje. México: COMEXANI-CEDUJ.

Ministerio de Educación (2004) “Encuesta Nacional de Educación Sexual del Ministerio de Educación” Santiago, Chile.

Ministerio de Salud-CONASIDA (2003) *Boletín Epidemiológico Semestral N°15*.

Montalvo, J. (1997) *¿A quién le importa? Las batidas en las discotecas de “ambiente” del centro de Lima*. Lima, Perú: Instituto de Defensa Legal.

Moreno, C., Schellman, M. (2002) *La construcción femenina del riesgo sexual para el VIH/SIDA. Estudio exploratorio desde un enfoque biográfico y una perspectiva de género en mujeres seropositivas*. Santiago: Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

MOVILH (2003) “II Informe anual de derechos humanos de los homosexuales 2003. MOVILH. Santiago, Chile.

Muñoz, Fernando, et al (2003) *Trabajo sexual masculino*. Santiago, Chile: MUMS.

Olavarría, José (2003) “Los estudios sobre masculinidades en América Latina. Un punto de vista”, en *Anuario Social y Político de América Latina y el Caribe*, 2003 N° 6. FLACSO. UNESCO/Nueva Sociedad.

Olavarría, José (2001) *¿Hombres a la deriva?* Santiago, Chile: FLACSO-Chile.

Olavarría, José y Sebastián Madrid (2005) *Sexualidades Adolescentes y políticas públicas. Varones adolescentes: sexualidad, fecundidad y paternidad en América Latina y el Caribe. Una mirada desde el género*. FLACSO/UNFPA, en edición.

ONUSIDA (S/F) *Grupos de mayor vulnerabilidad*. Accesado: <http://www.onusida.org/co/vulnerabilidad.htm>. 19 de abril de 2005.

ONUSIDA (2004) *Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA* versión española, julio. Accesado: http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_sp/epi04_00_sp.htm 20 de abril de 2005.

ONUSIDA (2000) “El SIDA y las relaciones sexuales entre varones”. ONUSIDA. Actualización técnica. Accesado: <http://www.sidalac.org.mx/asical/ElSidaHSH.pdf> 15 de abril de 2005.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2004) *Informe sobre Salud en el mundo 2004 Cambiemos el Rumbo de la historia*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Accesado: http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf 20 de abril de 2005.

Parker, R. y P. Aggleton (2002) “Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Un marco conceptual e implicaciones para la acción”. México: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad El Colegio de México.

PNUD (2004) *Informe sobre desarrollo humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Pizarro Hofer, Roberto (1999) *Vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*. Santiago: CELADE, CEPAL, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Ramírez, R. (1993) *Dime capitán: reflexiones sobre la masculinidad*. San Juan, Puerto Rico: Ed. El Huracán.

Richard, N. (2002) “Feminismo y reconstrucción: otros desafíos críticos”. En: Roberto Aceituno (eds.) *Identidades. Intervenciones y conferencias Coloquio Chileno-Francés de Psicoanálisis y Disciplinas afines*. Santiago: Universidad Diego Portales.

Sánchez, Carlos (2004) “Obstáculos y alternativas políticas del movimiento homosexual en Chile”, en Olavarría, José y Arturo Márquez (ed) (2004). *Varones: entre lo público y la intimidad*. Santiago: FLACSO-Chile, Red de Masculinidades, UNFPA.

Sutherland, Juan Pablo (comp.) (2001) *A corazón abierto. Geografía literaria de la homosexualidad en Chile*. Santiago: Editorial Sudamericana.

Toro-Alfonso, José (2002). “Vulnerabilidad de Hombres Gays y Hombres que tiene sexo con Hombres (HSH) frente a la Epidemia del VIH/SIDA en América Latina: la otra historia de la masculinidad”. En:

Cáceres, Carlos; Pecheny, Mario; Terto Junior, Veriano (eds) *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Red de investigación en sexualidades y VIH/SIDA en América Latina. ONUSIDA.

Villaruel, Richard (ed). (2004) *Modelo comunitario de SIDACCION. Bases metodológicas y conceptuales para la prevención del VIH/SIDA entre hombres homosexuales en Chile*. Santiago: Corporación Chilena de Prevención del SIDA.

Villela, Wilza (1998) “Vulnerabilidad de las mujeres respecto del VIH”. En: Gómez, Adriana (ed.) *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA un enfoque desde los Derechos Humanos*. Cuadernos Mujer Salud 3 Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. p. 12.

Valdés, Teresa y Guajardo, Gabriel eds. (2004). *Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile*. Santiago, Chile: FLACSO-Chile.

Valdés, Teresa, Claudia Dides, Katerin Barrales y Arturo Márquez (2004) “Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en mujeres dueñas de casa y trabajadoras de casa particular”, solicitada por CONASIDA. Santiago.

ⁱ Para esta sección se ha utilizado la siguiente documentación de CONASIDA: “Estrategias de prevención. Area de Prevención- Comisión Nacional del SIDA, MINSAL”, “Políticas y estrategias de prevención del VIH/SIDA en Chile. Comisión Nacional del SIDA, MINSAL”, “Estado actual de la respuesta nacional a la epidemia VIH/SIDA y las ETS. Jornadas de trabajo Servicios de Salud Región Metropolitana. Proyecto Fondo Global en el marco de las ETS. Santiago, septiembre 2003”, “Acciones para enfrentar variables de vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA en Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Documento de trabajo, Area de Prevención. Comisión Nacional del SIDA”, “Orientaciones generales para la formulación de Planes Regionales Intersectoriales, participativos y descentralizados de prevención del VIH/SIDA. Año 2004”, “Bases técnicas y administrativas. Propuesta de acciones para enfrentar la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)”, “Evaluación de fondos concursables Fondo Global/CONASIDA”.

ⁱⁱ Componente 1 Prevención “Propuesta de aceleración y profundización de la respuesta nacional intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile” del Proyecto aprobado para Chile

ⁱⁱⁱ Las acciones grupales están focalizadas, precisamente, *“en aquellos grupos más vulnerables frente al riesgo del VIH/SIDA; se realizan directamente con organizaciones e instituciones vinculadas a las temáticas y se insertan, además, en la estrategia de Planes Regionales de Respuesta al VIH/SIDA”* (CONASIDA “Estrategias de Prevención” s/f:8).

“Según la información epidemiológica nacional, las poblaciones más vulnerables en nuestro país son: Hombres que tienen sexo con hombres, Mujeres con vida sexual activa y bajo poder de negociación sexual con la pareja, Personas que ejercen el comercio sexual, Personas privadas de libertad, Jóvenes que se inician en la vida sexual, Personas con vida sexual activa y bajo acceso de información, Personas que viven con el VIH/SIDA (PVVIH), Personas que viven en sectores rurales”, Además, se incluye a las personas que tienen un consumo problemático de drogas. (CONASIDA “Estrategias de Prevención” s/f:8)

Entre las poblaciones denominadas “más prioritarias”, están las denominadas Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP), que corresponden, según se señala en diversos documentos de CONASIDA, a los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Trabajadoras/es Sexuales (TS) y Población Transgénero (PT) (esta última por ejemplo no está identificada explícitamente en el documento de referencia que se acaba de citar, pero se podría concluir que se les ubica entre “Hombres que tienen sexo con hombres” y “Trabajadores Sexuales”).

En las “Orientaciones generales para la formulación de Planes Regionales Intersectoriales, Participativos y Descentralizados de Prevención del VIH/SIDA” del año 2004 se indica que los proyectos deben focalizar las respuestas. *“Este año, el Compromiso de Gestión asumido por las 13 Seremi(s) de Salud, especifica que ‘al menos el 75% de los Proyectos Regionales de Prevención, deben ser focalizados en poblaciones definidas como vulnerables de acuerdo al diagnóstico epidemiológico regional’. Ello implicará incrementar las acciones dirigidas a las poblaciones más vulnerables, para lo cual un correcto análisis epidemiológico y sociocultural, es clave. Estas acciones se pueden traducir en la formulación de proyectos focalizados, así como también al apoyo a la creación de nuevas organizaciones de poblaciones vulnerables o al fortalecimiento de las ya existentes a nivel local”*.

“Cabe señalar que se entiende por poblaciones vulnerables aquellos segmentos de la población que por diferentes factores sociales presentan una mayor aproximación a la exposición al VIH/SIDA y que requieren de una prioridad en las estrategias de prevención. Sólo para efectos de desarrollar estrategias de trabajo específicas, se propone diferenciar las poblaciones vulnerables priorizadas y poblaciones vulnerables emergentes. En función de la información epidemiológica nacional actual, se pueden establecer las siguientes poblaciones vulnerables priorizadas: Hombres que tienen sexo con Hombres (homo-bisexuales, transgéneros), Personas que ejercen el comercio sexual, Personas viviendo con VIH/SIDA y ETS, Mujeres, principalmente sectores de escasos recursos (dueñas de casa, asesoras del hogar, operarias), Jóvenes (hombres y mujeres), principalmente de sectores de escasos recursos, se hayan o no iniciado sexualmente, Internos/as en recintos penitenciarios, Personas que viven en sectores rurales, Trabajadores/as, principalmente, de labores temporales (temporeros, forestales, mineros, entre otros), Profesores del sector público. Entre poblaciones vulnerables emergentes, se encuentran: Etnias, Usuarios Problemáticos de Drogas y/o alcohol, Inmigrantes, Poblaciones en zonas fronterizas”.

^{iv} *“Hasta el 2004 un 75% de todos los esfuerzos regionales que se ha desarrollado bajo la modalidad de proyectos, ha sido orientado a PVP, o sea a HSH, comercio sexual, transgénero, personas que están en las cárceles, mujeres de escasos recursos y jóvenes pobladores”* (CONASIDA).

^v “En el Centro de ETS nos focalizamos a los grupos vulnerables; trabajadoras sexuales, a través de agrupaciones. No nosotros directamente, sino a través de proyectos que presentan las agrupaciones de trabajadoras sexuales, HSH, esos son los grupos prioritarios” (SSA). “El otro grupo vulnerable es el que ejerce comercio sexual” (SSNCETS). “Son los HSH, los bisexuales y las trabajadoras sexuales los grupos que tienen más riesgo” (SSACETS). “Gente que trabaja en comercio sexual” (SSAcon). “Minorías sexuales: se entiende, la que tenemos acá, que se llama CIPRODES ellos conforman un grupo con TS y PT” (SSAcon).

^{vi} Entre las poblaciones consideradas vulnerables prioritarias, por los informantes claves del sector salud, están:

- Profesores. Trabajo con los profesores para apoyar a los adolescentes “Lo que hemos focalizado este año, es el trabajo con los profesores para apoyar el tema con los adolescentes, con los orientadores de los colegios” (SSA). “Como comisión de prevención decidimos trabajar con los profesores, porque consideramos que los alumnos son importantes en este tema, escuelas básicas, algunos liceos. Porque tenemos una capacitación enorme de colegios, de profesores, con réplicas a padres, apoderados y alumnos” (SSN).
- Estudiantes de colegios, escolares. “Todos los años se ha trabajado con escolares. La prevención se ha ampliado a casi toda la población. Se ha trabajado en los colegios” (SSVSAcon).
- Adolescentes. “Los desafíos más importantes son penetrar más en la población adolescente. Hacer una campaña más abierta sobre la prevención de las ETS, más pública porque en Valparaíso la población es muy conservadora y las campañas se hacen muy encerradas en las instituciones públicas, pero no salen al público en general, que tiene que enterarse que existen instituciones que lo atienden. Eso falta”. (SSVCETS). “Los adolescentes que están tirando de chincol a jote y sin protección” (SSVSAcon).
- Estudiantes universitarios. “En este servicio hemos trabajado más con jóvenes. Para mí es una población vulnerable, aunque me decían que no. Este año trabajamos con las universidades. Se me opusieron un poco, porque no eran de escasos recursos... pero los estudiantes tienen pocos recursos, para mí son vulnerables” (SSMC).
- Jóvenes. Asociaciones intersectorial para prevención en jóvenes en temas como alcohol y drogas “También al trabajo en las poblaciones, en asociación con PRODEMU y con los jóvenes en asociación con INJUV. También nos hemos asociado con CONACE y con PREVIENE, para el tema de alcohol y drogas, además de las ONGs con las que ellos trabajan” (SSA).
- Hombres adultos jóvenes. “Formando monitores como una forma de prevención temprana a la transmisión. Hay más casos sobre 24 a 49 años en VIH” (SSO).
- Mujeres adolescentes pobres. “Muchas chiquillas que se paran a la entrada de la disco, y no tienen plata para entrar, y no son trabajadoras sexuales, pero tienen sexo para entrar. Ellas no caben en estos grupos vulnerables. Entonces estamos ocultando esto” (SSA).
- Consumidores de droga. (SSO). “También al trabajo en las poblaciones, en asociación con Prodemu y con los jóvenes en asociación con INJUV. También nos hemos asociado con CONACE y con PREVIENE, para el tema de alcohol y drogas, además de las ONG’s con las que ellos trabajan” (SSA).
- Mujeres dueñas de casa. “La mujer, porque ha ido aumentando en mujeres dueñas de casa” (SSO). “Las dueñas de casa que se está contaminando por el lado de la pareja”. (SSVCETS). “De las Poblaciones Vulnerables Priorizadas por la Región, el grupo de las mujeres es más importante. Es un grupo de difícil acceso, debido a la cultura machista” (Seremía2ªR). “Una población significativa es el de las mujeres. Porque nuestro grupo de personas notificadas por VIH son las mujeres, aproximadamente 110. Por tanto hay que invertir recursos para que las mujeres se hagan responsables de su propio autocuidado. Las mujeres en el plano de la heterosexualidad se han dejado de lado” (SSVQ). “Prioritarias son las jóvenes y mujeres dueñas de casa de poblaciones empobrecidas” (SSVSAnt).
- Mujeres temporeras. “En el 2000 se puso mayor énfasis en las temporeras, porque se nos están contagiando muchas mujeres, es una enfermedad nueva, que dependiendo de nuestras dificultades, estamos viendo nuestras prioridades” (SSVSAcon); (SSVSAnt).
- Mujeres pobres. Se señala como poblaciones vulnerables prioritarias también a las mujeres en condición de pobreza que pueden incursionar ocasionalmente en el comercio sexual. “Esa es una población sujeta a muchas situaciones vulnerables. Los riesgos que vienen la parte social, de carencias económicas, de estar obligadas en situaciones afectiva-sexuales, las hace muy vulnerables a adquirir las ETS. Influenciadas por la drogadicción, por el estar atada a una pareja y no poder decir nada, aunque sepa que puede tener otra persona...” (SSNCETS).

- Mujeres trabajando en schoperías. “A todas las mujeres que trabajan en schoperías se les está exigiendo el carné de sanidad (por lo de la prostitución en encubierta). Señala que los carabineros tienen ‘prácticas de control’ permanentes con estas mujeres, ya que carabineros le exigen el carné de sanidad hasta por si acaso” (SSACETS).
- Transportistas “Se trabaja de acuerdo al perfil epidemiológico: transportistas” (SSVSAnt).
- Hombres dedicados al comercio y la minería. “Población masculina dedicada principalmente al comercio y a la minería” (Seremía2ªR). “Creo que hay que abrirse a la minería. Si bien hay que seguir reforzando a esos grupos (PVP)” (SSA).
- Fuerzas Armadas y Carabineros. “Para prevención tenemos los uniformados, sobre todo los conscriptos” (SSVCETS).
- Personas viviendo con VIH. “Con las personas viviendo con VIH, porque aquí hay una organización de personas viviendo con VIH” (SSN). “Las personas VVIH son personas focalizadas”. (SSVQ). “El tema de los HSH sigue siendo un problema, pero desde hace dos años tenemos un grupo heterosexual importante viviendo con VIH. Mujeres y HSH” (Seremía2ªR).

A modo de ejemplo se obtuvo la siguiente definición de cuáles eran los grupos vulnerables a los que había que orientar la acciones de Prevención en el contexto de las Poblaciones Vulnerables Prioritarias. “*Grupos vulnerables: inmigrantes, trabajadoras sexuales, estudiantes universitarios y profesores. Intentamos el año pasado trabajar con un grupo heterogéneo, de todos los grupos vulnerables mezclamos, inmigrantes, trabajadoras sexuales, estudiantes universitarios y profesores. Bastante bueno resultó el proyecto. Desgraciadamente, con poca gente como participantes del taller. Pensábamos capacitar 25 y al final terminamos capacitando a 12 personas, que dieron bastante buen resultado. Fue muy rica la experiencia de juntar los grupos vulnerables*” (SSN).

^{vii} Opiniones y juicios, de los informantes claves del sector de la salud, sobre la definición de las Poblaciones Vulnerables Prioritarias:

Algunos/as profesionales y directivos no están de acuerdo en que las Poblaciones Vulnerables Prioritarias señaladas desde CONASIDA (léase desde Santiago, por algunos/as), sean las que correspondan a su región. Según estas personas, la prevención debe abarcar a otros sectores de la población que son igualmente prioridades a nivel regional. Las prioridades, según algunos/as, están demasiado focalizadas en los grupos más vulnerables, deberían abrirse a otras poblaciones. “*Esta diferenciación es tomada como referencial, porque las PVP son definidas por el nivel central. La prevención es un tema que tiene que ver con todos, es decir con la población penal, HSH, trabajadoras/es sexuales, travestis, mujeres, jóvenes, población étnica, y FF. AA.*” (Seremía5ªR). “*Creo que hay que abrirse. Si bien hay que seguir reforzando a esos grupos. Acá está el tema de la minería*” (SSA). “*La SEREMI en este caso tiene una apuesta a pensar las poblaciones vulnerables como ‘complementarias’ y no excluyentes unas de otras*” (Seremía5ªR).

Se señala, por algunos/as, que ha habido falta de transparencia y que la definición de las poblaciones vulnerables “priorizadas” son el resultado de negociaciones que hace la CONASIDA con una parte de la sociedad civil - las minorías sexuales-, pero no “con toda” la sociedad civil. Entienden que la “priorización” de ciertas poblaciones vulnerables depende de los interlocutores de la sociedad civil con quienes la CONASIDA toma ciertos acuerdos de carácter político. Se indica que la forma en que se toman estos acuerdos, corresponde a un esquema rígido, centralista, que provoca problemas en las regiones, porque pese a las especificidades regionales y locales, se prioriza otras poblaciones que no corresponden a las priorizables según los criterios regionales. Como Seremía, algunos/as, tienen una “*profunda molestia*” por la forma en que se definió a las Poblaciones Vulnerables Prioritarias, porque se confundiría lo que es específico para Santiago, de lo que corresponde a nivel nacional. “*Para las regiones resulta poco ‘transparente’ la coordinación que tiene CONASIDA con las organizaciones de la sociedad civil (PVVIH y organizaciones que trabajan en prevención), son ‘unilaterales’ ya que no se consideran los aportes que se pueden hacer desde las regiones. Los dirigentes de Santiago se arrogan el derecho de tomar decisiones de carácter nacional*” (Seremía5ªR).

^{viii} ONUSIDA (2000) “El SIDA y las relaciones sexuales entre varones”. ONUSIDA. Actualización técnica.

^{ix} “en varias sociedades, el modo en que esos hombres consideran su identidad sexual viene determinada por su papel en el coito anal, es decir, si son el penetrador o el receptor. En esas sociedades, muchos HSH se consideran completamente heterosexuales si sus papeles exclusivamente son de penetración en el coito anal. (ONUSIDA 2000:3)

^x “La nomenclatura cambió. Hablábamos de población homosexual hasta el 2000. Desde entonces hablamos de HSH, que es una nomenclatura acordada con ONUSIDA y VIVO POSITIVO para englobarlos a todos” (Seremía2ªR).

^{xi} “Habría varios estudios que nos están diciendo que en Chile parte de la identidad de ser homosexual se construye a través de vivir con el virus. Lo cual es absolutamente nefasto, por lo que estamos tratando de profundizar. (Y ello) es muy complejo, porque cómo abordar un factor identitario en el tema de la prevención. En ese sentido creemos que el VIVO+ hace un flaco favor cuando señala ‘yo encontré el sentido de mi vida cuando supe que vivía con el virus’” (CONASIDA).

^{xii} “Son personas viviendo con VIH, son de Vivo Positivo, tienen personalidad jurídica, su dirección. Este año ellos presentaron un trabajo de consejería entre pares y yo creo que este año va a ser en esa línea, como estrategia. Ellos realizan acompañamiento a sus pares enfermos” (SSO).

^{xiii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre prevención del VIH y las ETS

El abordaje de las Enfermedades de Transmisión Sexual se hace casi con exclusividad desde estos Centros, los proyectos focalizados en PVP que tienen su origen en los Servicios están orientados al VIH/SIDA, y en muchos casos no hay mención a las ETS, aunque se pueden dar por supuestas. “Teóricamente la prevención de ETS y VIH van juntos, pero en la práctica lo que se ha privilegiado es el discurso respecto del VIH. Las ETS en alguna forma han quedado subordinadas respecto de la prevención del VIH” (Seremía5ªR).

Desde CONASIDA el trabajo con las trabajadoras sexuales ha sido largo y se ha ido ampliando en el transcurso del tiempo. En principio, el Instituto de la Mujer en el año 1990 trabajó con trabajadoras sexuales. Luego, “Han ido cambiando los referentes, pero el trabajo constante se ha hecho con las organizaciones más fuertes que son la Fundación Margen y Angela Lina. El eje de trabajo de esta última no es tanto la prevención sino los derechos. Se han ido estudiando distintos ámbitos, se ha estudiado desde la perspectiva del cliente, desde los distintos tipos de comercio”. (CONASIDA)

Los proyectos focalizados en personas que se dedican al comercio sexual han estado centrados especialmente en los Centros de Atención de Enfermedades Sexuales CETS y están dirigidos tanto a la prevención del VIH/SDIA como de las ETS. Pero no todos han ejecutado proyectos con Trabajadoras/es sexuales. En algunos definitivamente no lo hacen ni han hecho (SSVCETS). “No hemos trabajado nunca” (SeremíaRM).

En algunos Servicios y CETS señalaron que no lo hacían, porque las trabajadoras sexuales eran inestables. No llegaban iban una vez y otras no. Ello se complicaba, además, porque no había personal suficiente para asumir tales proyectos, aunque sí se les hacía el control sanitario. “Las trabajadoras sexuales son esporádicas. Hay entre 200 o 300 que se controlan, pero son bastante inestables y no hay proyectos que se hayan desarrollado con ellas. Va a ser más difícil que con las otras PVP, por sus características y también la manera en que se les entrega la atención. En estos momentos se les satisface su necesidad de salud, hay una enfermera que las controla, les da lo que necesitan como salud, pero no tiene el tiempo y tal vez la disponibilidad para agruparlas... de acogerlas en otro sentido. Yo sé que es necesario. Tal vez, si lo hiciéramos... Pero yo, desde mi jefatura, no me corresponde hacer el proyecto. En este momento atiende una enfermera, pero no les da una atención integral. (SSO).

En otros hicieron actividades de capacitación focalizadas en trabajadoras sexuales, pero dejaron de hacerlas, porque había que “perseguirlas” para que asistieran. “Era como ‘estarlas laceando’, al final era una pérdida de tiempo. Es muy difícil que haya un grupo de trabajadoras sexuales que se comprometa. Lo mismo le sucedió a una tesista de psicología quiso trabajar con trabajadoras sexuales y tuvo muy poca aceptación. Al parecer no les interesa el cuidado en salud sexual, o quizá no tienen el tiempo” (SSACETS).

Los proyectos que se focalizaron en Trabajadoras sexuales fueron los que utilizaron menores recursos, no más de un millón de pesos. “Con las trabajadoras sexuales han sido de \$ 600.000, nunca más. Esa plata se va en organizar los talleres, los papeles que se compran, pagarles la micro, darles un incentivo, porque no se consigue que participen si no se les da alguna cosita, un rico té a la sesión a la que vienen. Si no, no vienen. Los docentes son personas que conocen el tema. También se les paga la sesión. A veces son las mismas personas de las organizaciones. En el caso de las trabajadoras sexuales fueron 15 personas, en cinco sesiones, trabajamos en las tardes”. (SSN)

Desde los CETS se hace el control sanitario y del carné sanitario. “En el centro hay una cantidad de mujeres trabajadoras sexuales que se están haciendo el control, las controlan periódicamente, tienen una libreta sanitaria que les timbran, se les hace seguimiento y manda a buscar a las mujeres que no se presentan” (SSVCETS). “Entre las trabajadoras que llegan hay las que trabajan en la calle, las que trabajan en prostibulos, o con establecimientos” (SSVCETS).

Entre las trabajadoras sexuales hay diversas situaciones de trabajo que las diferencian entre sí. Algunas son más independientes y las mujeres pueden elegir con quién ir y cuántas veces tener contactos sexuales en una misma jornada, pero en otros casos, cuando trabajan en locales como saunas o “café con pierna”, están obligadas a aceptar todas las demandas que se les hacen. *“Aquí se controlan cafés con piernas, saunas. Ahí uno entra en conflicto porque, por qué nosotros controlamos a gente de los saunas, y los saunas siguen existiendo, cuando no hay otros servicios que fiscalicen esa parte. El trabajo en los saunas es esclavitud pura, las tienen ahí y las chiquillas tienen 8, 10, 12 contactos diarios y no pueden elegir y no se pueden negar. En cambio las que trabajan en locales sí, eligen a sus clientes, si no quieren no quieren. Los saunas es una esclavitud espantosa”* (SSMCETS).

Pero no es suficiente que las personas que ejercen el comercio sexual se controlen regularmente para evitar un contagio. Las trabajadoras sexuales que asisten a control sanitario, según los/as profesionales que les atienden, se cuidan y previenen de las ETS y el VIH/SIDA con sus clientes y parejas sexuales ocasionales, pero no lo hacen con sus parejas afectivas, los que a su vez pueden tener otras parejas que sí podrían estar contagiadas. *“Aunque tengan muy clara la prevención en su trabajo, en su quehacer diario, eso está más desligado y relajado en la pareja. Ahí vienen los problemas. Sus parejas tienen más de una pareja sexual. Que las mujeres digan que es su pareja afectiva, también es relativo... porque si vas preguntando, van a aparecer otras parejas sexuales, no reconocidas. Es difícil porque en es una situación común: con la pareja afectiva, tiendes a olvidarte de lo objetivo porque estás centrado en el creer, tener fe, etc. y ahí parte todo”* (SSNCETS).

En general, lo que se escuchó en las entrevistas con profesionales y directivos de las Seremías, Servicios de Salud y CETS es que las trabajadoras sexuales que se controlan periódicamente han logrado recursos personales suficientes para una adecuada gestión del riesgo de contraer VIH/SIDA o ETS. *“Los grupos que ejercen el comercio sexual, están controlados, aunque hay gente que se nos escapa de repente”* (SSVCETS). *“Personalmente creo que las trabajadoras que se controlan son parte de las personas con menos riesgo dentro de las PVP, porque se hace bastante prevención individual con ellas. No se está haciendo prevención a nivel comunitario pero sí a nivel individual, por medio de las consejerías de VIH/SIDA en todos los controles sanitarios que deben hacerse cada 6 meses. Las consejerías se hacen para ‘reforzar todo lo que ellas ya saben’. También se les hace el Test de Elisa, si es que lo consienten. A las trabajadoras que se controlan por primera vez se les hace una consejería más extensa, en donde se les entrega toda la información necesaria para que logren ‘darse cuenta del riesgo’. Además, personalmente intento ‘hablar’ de otros riesgos a los que se exponen las mujeres que trabajan en el comercio sexual (abuso, maltrato, etc.).* (SSACETS). *“Nuestro diagnóstico epidemiológico apunta a eso: no hay trabajadoras sexuales viviendo con VIH, son pocos los casos. Hay una feminización del tema hacia mujeres dueñas de casa”.* (Seremía²R). *“La Población que ejerce comercio sexual es una población que se controla, el problema es con las otras”.* (SSVSAnt). *“Gracias a eso, a que se controlan, ellas se cuidan más e inducen a los clientes a cuidarse. Tenemos menos enfermedades en ellas que lo que pudiera pensarse”* (SSMC).

^{xiv} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre prevención primaria de VIH y ETS en trabajadoras/es Sexuales:

“Con las trabajadoras sexuales que tenemos problemas es con las menores de 17 años, las llaman, las citan, les mandan cartas, ellas dejan un teléfono de referencia, pero es difícil seguirlas, además no son tan constantes, como sí los son las mayores de 17 que ya han adquirido una responsabilidad” (SSVCETS). Con los varones menores se da una situación semejante. *“Son niños rebeldes que muchas veces los padres no sabes que están en esta onda y son ellos los que no quieren venir”* (SSVCETS).

A las menores de 17 años no se les puede dar carné sanitario, porque legalmente éste se da después de los 18 años. *“Las asistentes sociales derivan a las niñas/os y se le hace el control sanitario, pero no es un control que se avale con carné. Es difícil lograr que se acerquen, es preciso un trabajo en terreno”* (SSACETS). *“Respecto de las trabajadoras sexuales menores de edad, no hay respuesta para eso. No reciben carné sanitario. Están consientes del problema, pero existen limitaciones legales y de direccionamientos de los programas, entre los cuales los niños y niñas de la calle no son una población priorizada”* (Seremía⁵R).

En algunos Servicios y CETS no se le da atención, cuando no vienen acompañadas/os de un mayor. *“Nosotros no recibimos menores de edad. Si te llega una niña menor de edad tienes que denunciarla. Con las ETS y VIH pasa lo mismo, no puedes tomar el examen a menor de 18 años, salvo que venga con el consentimiento de los papás o que venga con una persona mayor, y si es un homosexual, que tiene oculta su homosexualidad, no le dice a los papás y está corriendo riesgo y no le puedes tomar el VIH”* (SSMCETS).

Se conoce de jóvenes menores drogadictas que se dedican al comercio sexual para adquirir drogas. Sus precios son mucho más bajos que los que cobran las trabajadoras sexuales, que además son mayores. En estos casos se resiente la prevención, tanto en las jóvenes que no usan condón, como en las mayores que tratan de ahorrárselo. *“También la drogadicción de los y las jóvenes ha generado que se realicen prácticas de comercio sexual a un precio muy bajo”*

(por 1.000 y 500 pesos) que obliga a las trabajadoras sexuales de más edad a bajar sus 'precios', en estas circunstancias no hay uso posible del condón" (Seremía^{5R}).

En definitiva, con adolescentes trabajadoras sexuales no se trabaja, salvo las atenciones ocasionales que se dan CETS. "Con ellas la situación se complejiza, porque para el MINSAL allí no hay trabajo sexual, sino abuso sexual, de manera que no se puede trabajar del mismo modo. Con ellas hay que trabajar de manera distinta, y sólo recientemente se ha abordado. Se está trabajando con el SENAME y recién estamos en la definición de la estrategia que vamos a ocupar para conseguir que esos niños no se enfermen, y la idea es que estos niños no sigan en el trabajo sexual, sino que buscarle alternativas de subsistencia" (CONASIDA).

Tampoco llegan las mujeres que ejercen ocasionalmente el comercio sexual, ni las que lo hacen en sectores más pobres. De esta población se tiene poca información y conocimiento. "Trabajadoras sexuales se controlan aquí desde el año 85. La población que se controla es de 900 trabajadoras, pero un estudio dice que se controlan alrededor del 30% de la gente que efectivamente ejerce. El 10% de la gente que tenemos en control no tiene lugar fijo, es callejera. La otra gente está en locales, en general en los locales les exigen el control, porque hay más fiscalización, por temor a carabineros que hacen el control. Pero hay mucho comercio que no se controla" (SSMCETS).

Se detecta a mujeres que ejercen el comercio sexual a veces a través del seguimiento de las embarazadas con sífilis. Especialmente cuando no son dependientes económicamente. En algunas hay inclinación hacia la droga, y logran dinero mediante comercio sexual oculto, que no lo expresan. "Vienen aquí y aunque dicen que tienen una sola pareja, al ver los exámenes que no bajan, empiezas a indagar y ahí ves que hay un comercio sexual, un trabajo sexual no admitido. Es ese mismo círculo donde hay problemas siempre, es la que no asiste a los controles, no asiste al consultorio, por más que una insista, se queda estancada" (SSNCETS).

^{xv} "(Tenemos) un proyecto con RedOss, con un médico, para tener una atención más integral, porque es una población diferente, que requiere un trato diferente. En el caso de las mujeres se sabe lo que hay que hacer: examen ginecológico, pero el hombre que también tiene una actividad sexual, que tiene un órgano para la sexualidad, también tiene que haber una exploración especial, desde lo clínico. Por eso se está trabajando un proyecto con los médicos, para hacer exámenes más específicos, como tomar Papa Nicolau anales, examen proctológico, con capacitación para los médicos y matronas que lo van a hacer; estamos en contacto con los hombres que ejercen el comercio sexual, o los que no lo ejercen, pero que vienen" (SSNCETS).

^{xvi} "Si hay hombres que ejercen el comercio sexual también se controlan y el seguimiento se hace igual que con las mujeres y también tenemos problemas con los más chicos" (SSVCETS).

^{xvii} "Hay mucho comercio que no se controla. No hay programa destinado a ellos, ni siquiera saben que existe la posibilidad de que se controlen. La población de comercio sexual masculino no se controla" (SSMCETS).

^{xviii} "La gente no tiene bien clara la diferencia entre los homosexuales y los Transgénero. ¿Cómo se clasifica a las personas Transgénero?, ¿cómo hombres o cómo mujeres? No sé, porque ahí están divididos en hombres y mujeres" (SSVCETS).

^{xix} "Era un chiste, cuando los travestis les decían a los homosexuales que para ellos los gay son los homosexuales con aspectos de hombres, que cultivan la parte masculina, de barba, de fisicoculturismo, esa es la parte masculina de la homosexualidad, y 'nosotros somos la parte femenina, entonces no nos vamos a poder entender'. Los travestis no se consideran homosexuales y están preocupados de otras cosas, no deben ir a los mismos programas" (SSMCETS).

^{xx} Se ha buscado "más bien instalar capacidades en las organizaciones. Faltan propuestas metodológicas. Pareciera que las metodologías que hemos aplicado en otras poblaciones no son necesariamente las que podemos aplicar acá. No tengo ninguna seguridad que la formación de monitores tenga un impacto. Los grupos que se han convocado empiezan con 30 y terminan 2 y si es que lo hacen" (CONASIDA).

^{xxi} "Se atiende en el centro de ETS población transgénero y creo que tienen un día especial" (SSVCETS). "Tenemos un grupo muy reducido, en que no todos están ejerciendo, pero igual van a los controles, por una necesidad de sentirse bien, de sentirse sanos". (SSNCETS). "Son muy pocos los travestis que hacen su control sanitario en el CETS (sólo 3)" (SSACETS). "Recién se están integrando, se les puede ubicar cuando vienen por preguntas de cambio de sexo" (SSAcon). "Aquí tenemos muy pocos. En el control de la tarde tenemos dos, operados, y en la

mañana, en control de VIH tenemos 5 o 6, que los llamamos con sus nombres de mujer. Vienen vestidos de mujer y pintados. Se les respeta. Pero como no es programa, y no saben que esto existe, por eso no han llegado. Porque ellos se pasan el dato, por eso en el Hospital San José hay más, el Barros Luco también tiene un programa que es especial” (SSMCETS).

^{xxii} “Antes estaban todos juntos (mujeres y trans), pero estas personas formaban desorden y por eso hicieron un día para ellos. Y el desorden pienso que está entre sus características, se dicen cosas, se pelean entre ellos” (SSVCETS). “Yo pienso que ellos tienen más derecho a ser agresivos, y uno tiene que ser mucho más tolerante con ellos, porque han sido realmente mucho más duramente discriminados, desde la familia, entonces son más violentos, más agresivos con uno, pero ellos han sido violentamente discriminados por sus padres” (SSMCETS).

^{xxiii} “Siendo el grupo más marginal y estando expuestos a violencia física y psicológica, social, realmente que se les hable de la prevención del VIH es un elemento secundario, porque según ciertas condiciones que enfrentan (por ejemplo en San Felipe) lo primero es buscarles un espacio y una validación social a las transgénero, y luego podemos trabajar en percepción de riesgo frente al VIH, porque hoy día, el primer riesgo para ellas es que las maten por ahí, que las abusen o que les den una paliza” (CONASIDA). “Las travestis tienen poca receptividad a la prevención del SIDA, incluso personas que viven con VIH no tienen una actitud verdaderamente responsable con la prevención del VIH; no usan condón” (Seremía5ªR).

^{xxiv} “El que lleguen a controlarse es importante, porque es la primera parte de la prevención. Porque si llegan demuestran que hay cierta responsabilidad, entonces como no se controlan, se entiende que es porque no tiene ningún interés por su salud” (SSACETS).

^{xxv} “Hay que apuntar hacia el uso del preservativo. Sin embargo, no lo hacen, porque si les ofrecen plata por no usar, van a aceptar. Está el factor de la discriminación. Como víctimas de ella, no sienten ninguna responsabilidad hacia las otras personas” (Seremía2ªR).

^{xxvi} “Debiera haber agrupaciones, porque en sus círculos se conocen todos, pero no lo han hecho, quizás falta un líder para formar algo. Hay personas aisladas que quieren trabajar en prevención, pero no hay organizaciones, al menos visibles, a partir de lo cual se pudiese canalizar la prevención, pero reconozco que es una posibilidad que desconozco” (SSACETS).

^{xxvii} “No hay cómo llegar a la población trans que ejerce el comercio sexual en la calle, salvo que se trabaje con pares” (Seremía2ªR).

^{xxviii} “El comercio sexual es su fuente de ingresos. La intervención, entonces, no puede apuntar a que dejen de ejercer el comercio sexual” (Seremía2ªR). “La posibilidad de reconversión laboral de las travestis que ejercen comercio sexual es incierta. Las posibilidades económicas reales de independizarse y ejercer oficios para los cuales puedan haber sido capacitadas es baja, y tengo la sospecha de que no todas están dispuestas a quedarse de peluqueras. Entre la población transgénero existe una alta valoración de un estilo de vida asociado al carrete, al uso de drogas, por tanto una reconversión laboral significa dejar un estilo de vida que parece ser altamente valorado” (Seremía5ªR).

^{xxix} “Ha habido situaciones de discriminación con travestis y trabajadoras sexuales de parte de carabineros, y las organizaciones han sido enfáticas en exigir sus derechos” (Seremía5ªR).

^{xxx} “Yo haría el esfuerzo de intervención en la población usuaria y en regiones es más fácil. Haría un diagnóstico de quienes son los usuarios para focalizar la intervención (dueños de pubs, construcción, etc) (Seremía2ªR).

^{xxxi} “Las dificultades que se presentan en esta población, y con la debilidad de las organizaciones transgénero existentes, no se visualiza mucho futuro en la prevención real del VIH en esta población” (Seremía5ªR).

^{xxxii} CONASIDA MINSAL (s/fecha) “Estrategias de prevención”. Área de Prevención. CONASIDA. Santiago, Chile.

^{xxxiii} CONASIDA (2004) “Orientaciones generales para la formulación de Planes Regionales Intersectoriales, Participativos y Descentralizados de Prevención del VIH/SIDA - año 2004” CONASIDA. Documento de trabajo. Santiago, Chile.

xxxiv *“CONASIDA entiende que la respuesta nacional frente al VIH/SIDA no es algo estático, por cuanto la respuesta nunca está terminada. El dinamismo que tendría la ‘respuesta nacional’ se expresa por ejemplo con la incorporación de las PVE (Poblaciones Vulnerables Emergentes), por tanto la respuesta nacional es un proceso al que se van sumando nuevas estrategias. Hay aspectos de la prevención claramente que están resueltos: por ejemplo el manejo de los bancos de sangre. Sin embargo no es el caso de la PVP, por lo que las ‘evaluaciones’ se constituyen en los procesos a partir de los cuales reformular las estrategias que se asumen para la prevención” (CONASIDA.)*

xxxv *“No hay una respuesta nacional. Porque no hay una agenda; hay falta de compromisos de algunos SEREMIS que no se interesan en la temática y que incluso le ponen trabas a sus equipos para trabajar en la prevención. Aparte de las visiones diversas dentro de la coalición de gobierno. En definitiva son pocos quienes se interesan en el VIH... Lo que hay es más bien conjunto de proyectos, paquetes de fondos asignables. Por lo que lo que se intenta es construir un norte, una mirada estratégica que oriente la selección de proyectos. La intersectorialidad en este sentido no es real, es más bien voluntades de personas con iniciativas propias. La alta recepción de la ciudadanía frente a las acciones de prevención del VIH se contraponen a la voluntad inexistente de las autoridades de hacer prevención en VIH. Significa entrar en algunos conflictos, por tanto exigir el posicionamiento del tema en todos los entes públicos sigue siendo una tarea de la CONASIDA... hay una disociación entre los que es ‘poner plata’, y lo que es tener una ‘política’. Tener una política implica ‘ponernos de acuerdo’ en las metas, el norte, y en ninguna medida existe ese acuerdo respecto de ¿hacia dónde vamos?” (Seremía5ªR).*

xxxvi *“Hoy podría existir –históricamente no- una respuesta nacional respecto de la PVP. Hay fondos que permitirán estudios que sustenten intervenciones regionales en la temática. Cada región del país es una realidad distinta. Todos los estudios que esté cursando la CONASIDA a través del Fondo Global van a servir siempre y cuando reflejen realmente la realidad local. Habitualmente entregan un tremendo resumen nacional y un desagregado de cada región. Los proyectos hacia atrás solamente son de aproximación, de sensibilización, pero no una respuesta nacional frente al tema” (Seremía2ªR). “Hay una manera de actuar frente a las diferentes hitos del desarrollo de la epidemia. Las campañas de comunicación masiva nunca la población las ha encontrado buenas. Tienen una capacidad técnica muy buena y han hecho lo mejor posible. Las orientaciones han sido también de buen nivel. No obstante, el enfoque nunca se ha medido” (SSVSant).*

xxxvii *“Son centralizadas. Cuesta que en Santiago entiendan la realidad local. Por ejemplo te obligan a hacer consejería entre pares y no es así. Uno también tiene cosas que decir. La otra vez llegaron autoridades de CONASIDA y dijeron que había diez millones y que había que hacer esto y esto otro, y va a venir gente del MUMS. O sea vinieron a contar, no a preguntar o consultar. Es casi una falta de respeto. No son propuestas participativas. ... Debería existir una participación real del equipo que trabaja en cada región. Posiblemente cada región debería tener una propia forma de enfrentar. Acá tenemos el tema de la minería que implica que los mineros bajan cada ciertos días y están las schoperías, etc. CONASIDA debiera hacer una sistematización de las propuestas nacionales y lo otro es que sería importante que CONASIDA sea un facilitador para dar a conocer propuestas exitosas en otros lados” (SSA).*

xxxviii *“De acuerdo a los índices, a las cifras que se manejan, Chile ha estado bien, porque no ha ido incrementando el VIH como en otros países. Entonces, algo pasa acá. Pero uno como salud siempre es inconformista, si tienes las campañas, si la gente sabe, y aún así sigue existiendo, sigue habiendo ETS y todo lo demás, uno se pregunta qué pasa. Eso no está dado en la persona que se está iniciando en la actividad sexual, es gente que ya tiene experiencia, entonces, las cifras nos dicen que sí, que algo hemos logrado, que algo hemos hecho bien, pero no está tan bien porque las cifras siguen aumentando, igual hay que hacer más” (SSMCCETS).*

xxxix *“Yo creo que sí. Participé en el último taller de las campañas y salieron cosas bien interesantes a lo largo de todo el país. Hay una capacidad instalada. No estoy segura de que se ajuste a las necesidades locales. Sí responde a las necesidades de esas poblaciones: se han focalizado los recursos y experticias, pero debería dirigirse a todos, no sólo a los grupos vulnerables” (SSN). “Sí, aún cuando no está de acuerdo con hablar de PVP, porque considera que es un tema que tiene que ver con todos, aún cuando señala la ‘prioridad de éstas’ Por tanto esta diferenciación es tomada como referencial, porque las PVP son definidas por el nivel central” (Seremía5ªR). “De ser una región con las mayores tasas pasamos a ser la tercera. Los trabajos locales de intervención han sido una respuesta. También se ha trabajado integradamente con los servicios Los profesionales “que trabajamos el Sida tenemos propuestas y necesidades en común” en enero hay otro encuentro con servicios de salud. Hay que hacer más*

encuentros locales” (SSVQ). “Yo la encuentro todavía baja. Encuentro que las campañas no han sido todo lo bueno que se esperaba. Una opinión de los jóvenes de la Universidad de Chile, decían que no llega, la gente tomaba los papeles, se sentaba encima, habría que prepararlos a ellos los jóvenes, un trabajo entre pares y de prepararlos. Por eso la idea nuestra era que saliera de ellos, no nosotros” (SSMC).

^{xi} *“No se ha dado, porque estamos empezando. Ahora hay recursos para las PVP y es una política específica. Pero no es suficiente” (SeremíaRM).*

^{xli} *“Yo creo que le falta, porque se han dedicado más al SIDA, no pescan las ETS... Están centradas en el VIH y me tengo que estar colgando de la prevención de embarazo para meter las ETS. Andamos siempre ¡no se olviden de las ETS! y la colaboración, la respuesta es buena” (SSVCETS). “Porque de ETS, nada. En los 13 años que llevo acá, no ha habido nada en prevención de ETS. Nulo. Nunca ha habido ni un peso para trabajar ETS. Se podría agregar ETS para quedar conformes, pero en realidad no hay trabajo” (Seremía2ªR). “Creo que ha sido nefasto separar VIH de ETS, porque la gente ni siquiera los visualiza juntos... Pienso que era necesario, el VIH mataba y las otros ETS no, había que ponerle fondos, cosas administrativas, hacer programas, porque la gente se moría, pero fue muy malo hacerlo, porque sigue siendo absurdo, porque a uno le llegan preservativos para VIH y no tienes para ETS, tienes medicamentos para VIH y no para ETS. Un herpes, en VIH sí tienes el Aciclovir, una persona sin VIH no tiene. Entonces fue nefasto, para los ETS, porque pasaron a ser los pobres. Y la relación están ahí, los riesgos de contraer VIH para las personas que tienen sífilis, gonorrea, etc. “La persona con VIH ha ido ganando aceptación, pero es que las otras ETS, además que la gente se preocupa mucho de que nadie no sepa, como son tan pocas, la gente cree que no existen. Cuando uno dice, ayer tuve dos personas con gonorrea y 5 sífilis, te dicen, pero cómo, ¿todavía existe? Están invisibilizadas. El propio control epidemiológico influye, inhibe que se vea” (SSMCCETS).*

^{xlii} *“Las ETS, se integran a todas las acciones de VIH/SIDA, porque se sabe la vinculación que hay entre ellas, de manera que no se separan, aun cuando las ETS tengan un perfil más bajo” (Seremía5ªR).*

^{xliii} *“Localmente falta el compromiso de nuestras autoridades para que sea una política nacional a nivel local. Somos los operativos, nos relacionamos con las organizaciones. El SEREMI está comprometido con el tema pero no la dirección de servicio. Creo que para poder implementarlo como política el apoyo de la autoridad es fundamental. (SSA).*

^{xliv} *“Otra falla gravísima de CONASIDA es la relación que tiene con los centros de ETS, es directa y nos bypasea a la Seremía y al servicio de salud. Ahora tenemos una buena relación con la doctora a cargo, pero igual a ella se le pasan cosas, que ella jura que nosotros sabemos y nunca nos informaron. Las reuniones las hacen con el centro de ETS y no nos informan ni nos invitan. Hemos reclamado. Hay tiempos, a veces se acuerdan y a veces no” (SSA).*

^{xlv} *“En conductora, ha descentralizado el trabajo (SeremíaRM). ‘Es como el papá’ y nosotros somos los hijos. Todo lo que aplicamos vienen de las guías de la CONASIDA” (SSACETS).*

^{xlvi} *“La experticia que los agentes de la salud tienen es gracias a la CONASIDA, ya que ha entregado no sólo conocimientos técnicos, sino que ha aportado al conocimiento de la realidad social y antropológica de las PVP. El trabajar con PVP no es algo que pueda hacer de una, es todo un aprendizaje, a lo que ha aportado la CONASIDA” (Seremía5ªR).*

^{xlvii} *“Es una institución bastante flexible. Es centralizado, aunque se ve su trabajo de descentralización” (SSO). “Ha mejorado sustancialmente en los últimos años. Ha mejorada desde la política de focalizar y la participación de la sociedad civil” (SeremíaRM).*

^{xlviii} *“Se ha transformado en una entidad que entrega información nacional y demandante de entrega de productos finales para mostrarlos al resto del país” (Seremía2ªR). “CONASIDA se fue centralizando, en términos que nos dicen lo que tenemos que hacer porque no existe la confianza en las regiones y funcionan con la lógica que mientras más lejos de Santiago las cosas funcionan peor” (Seremía5ªR). “Falta sentarse a trabajar en los planes regionales, que implican todos los temas de prevención” (SeremíaRM). “Están muy encerrados en sí mismos, no ven la realidad, creen que contratando una productora se van a hacer las cosas, pero no siempre es así” (SSMC).*

^{xlix} “Como persona me siento desencantada, desmotivada, no reconocida en el trabajo realizado. La CONASIDA va a colapsar, porque viene la autoridad sanitaria y les cambia el modelo. Se va a priorizar de acuerdo a lo que necesita la región. Nosotros tenemos más casos de hepatitis. Ellos no han dimensionado que los únicos que pueden posicionar el tema somos nosotros y que estamos desgastados. Yo he logrado cosas que ni el Ministerio ha logrado. El Centro de Participación Ciudadana no es de las organizaciones, es de acá. Nosotros conseguimos todo, desde el local, pero el VIVO Positivo decide y presiona” (Seremía2^aR).

¹ “Posicionar el tema de la prevención ha sido bastante difícil para la CONASIDA. Su papel ya no es el mismo, ni tiene la incidencia que tenía años atrás dentro del MINSAL. Ha pasado a ser una dependencia de una sub-dependencia. Este complejo panorama es entendido como resultado de las ‘dinámicas de poder’ dentro del MINSAL donde todo es entendible como un juego de posicionamientos. En definitiva, dentro de todo este juego político CONASIDA no tiene poder. CONASIDA no tiene conducción política, entonces cada uno ha hecho lo que se le ha ocurrido, lo que se relaciona con una dinámica de ‘cuoteo’ con personas de la sociedad civil, semejante a lo que pasa en los partidos políticos. Esta falta de incidencia de la CONASIDA, también se deriva de las fuertes críticas que se le hacen por no saber enfrentar las presiones de la Iglesia (Seremía5^aR).

ⁱⁱ SSVCEETS.

ⁱⁱⁱ “Pero no hay retroalimentación con regiones” (Seremía2^aR). “Mi crítica es con la parte de los tratamientos, la comisión de sabios, en que hay que hacer un lobby para llegar a ellos. Eso es super arcaico. Eso debe cambiar, de hecho está señalado en AUGE que la oportunidad de atención tiene un plazo. No sé si se está cumpliendo porque hay una demora de cuatro meses para empezar el tratamiento” (SSO).

ⁱⁱⁱⁱ “No dijeron cuál esa su rol” (SSO). “La administración de los fondos debería dar las directrices para hacerlo más participativo” (SSA).

^{liv} “No hacen las investigaciones con nosotros” (SSVSAnt).

^{lv} “Es participativo con VIVO Positivo, y si a VIVO se le para la cola que esto se hace, CONASIDA dice “ya se hace”. Es como que CONASIDA estuviera bajo el alero de VIVO Positivo. Debería ser una relación entre pares. No porque tengas una enfermedad te haces dueño de todas decisiones. Uno también tiene los conocimientos sanitarios de hacia donde hay que ir” (SSA). “La política que ha llevado la CONASIDA y el VIVO+ es extremadamente centralista, en términos de que las decisiones se toman en Santiago, según la evaluación de Santiago, pero se intenta aplicar a las otras regiones” (Seremía5^aR).

^{lvi} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre la participación de sus reparticiones en los Planes Regionales Intersectoriales

Las respuestas de los/as profesionales y directivos de Seremías, Servicio de Salud y CETS, acerca de la participación de sus reparticiones en los Planes Regionales Intersectoriales, dan antecedentes sobre como se va desarrollando la estrategia de descentralización a través de los Planes Regionales Intersectoriales en las regiones y servicios.

Según las Seremías, desde las Secretarías Regionales de Salud se coordina el Plan Regional, sobre ellas recae la convocatoria y se estructura con el o los Servicios de Salud de la Región. Desde allí se invita a las comunas. El diagnóstico epidemiológico regional fundamenta el trabajo e informa al Plan Regional. Desde esta instancia se asignan los recursos para las intervenciones definidas. “Somos coordinadores del Plan, en nosotros recae la convocatoria de todos los actores. Es un Plan que se estructura con el Servicio de Salud de Antofagasta y son invitados los encargados de cada una de las comunas de la región. Se estructura en el primer trimestre del año, y responde al diagnóstico epidemiológico que hacemos a fines de Enero con estadística nuestra. De ahí nace el Plan regional” (Seremía2^aR). “La Seremi trabaja como parte del Consejo Regional de prevención de VIH/SIDA. Funcionan como un equipo que define el Plan Regional. En éste se consideran varios parámetros: situación epidemiológica, evaluaciones de la realidad regional, la definición de comunas vulnerables, se hace un ‘ranqueo’ de las comunas junto con un diagnóstico socio antropológico para poder intervenir y asignar los recursos de la mejor manera. Actualmente están en la reprogramación de los Planes Regionales Intersectoriales para el 2005 y 2006” (Seremía5^aR).”

En el caso de la V Región se constituyó el Consejo Regional de Prevención del VIH/SIDA, instancia donde, según lo señalaron los/as funcionarios/as entrevistados, se toman las decisiones intersectorialmente en torno a la asignación de presupuestos y otros tópicos. Trabajan con un enfoque intersectorial, regional. Consideran que existe una voluntad

real por lograr avances de manera intersectorial, se tiene una gestión participativa y compartida, cuestión que no observaría en otras regiones. (Seremía5ªR). *“Existe un consejo regional que trabaja en conjunto con la sociedad civil y toman acuerdos de los proyectos a implementar, así como los procesos de diseños y selección de proyectos”* (SSVSAnt).

En Antofagasta, desde los servicios se trabaja en asociación con la Seremi y se participa de una comisión en la que participan profesionales del sector primario, de los hospitales pequeños, del Servicio de Salud y de la Seremía. *“Tenemos la ventaja que somos un solo servicio y una Seremi, entonces trabajamos en conjunto todo. Nosotros llevamos acá las notificaciones, la vigilancia, toda esa parte más sanitaria. Y tenemos una comisión, en la que participa nuestra doctora y en Calama también tenemos gente del hospital. De Antofagasta tenemos una representante de la atención primaria”* (SSA).

Los Servicios de Salud están representados en la Seremía en los Planes Regionales de prevención. *“Al principio, como encargada, representaba yo al servicio ante la Seremi en los planes regionales. Iniciamos el tema de los planes regionales –hace como 4 años atrás”* (SSN).

También se participa del Plan Regional a través de los programas de promoción que llevan a cabo las campañas de ETS y SIDA, *“Son los que se reúnen con las instituciones y organizaciones comunitarias, trabajan con los consejos de desarrollo local a través de todo el territorio de la Región y con las campañas de verano”* (SSVCETS).

Desde los servicios y los CETS se participa presentando proyectos. *“Hemos elaborado y presentado proyectos al CONASIDA. El 2003 se presentaron 11 proyectos con poblaciones vulnerables y este año 3 grandes. Los proyectos se supervisaron desde el servicio”* (SSO). *“Nosotros participamos mucho. Tenemos muchos proyectos que han salido de allí. Nuestra participación está bastante afiada en la red que se produce”* (SSNCETS).

Se trabaja en proyectos y actividades de intervención en la comunidad con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y organizaciones sociales, (SeremíaRM), (SSVQ). En algunos casos, a través de las capacitaciones tanto a nivel de los funcionarios de salud como de la comunidad con organizaciones sociales, centros de madres, centros de adultos mayores que piden charlas sobre prevención. Con las universidades (SSVQ). *“Trabajamos todo en conjunto, ellos nos presentan a nosotros los proyectos, los arreglamos y afinamos, y los presentamos a la Seremi que nos aporta recursos; por ejemplo la campaña de verano, generalmente se hace con la comunidad. CIPRODES presentó su obra “Los monólogos del hijo de tigre”* (SSAcon).

En los informes de logros sólo aparece lo financiado por el Fondo Global, pero hay más. *“Mandamos un informe de los logros, pero sólo aparece lo que está financiado por los planes regionales o el Fondo Global. Esa es una falencia. El 2002 se hizo la Primera Conferencia sobre VIH/SIDA, a partir de aportes de la OPS que dio diez millones, pero la Conferencia costó 56 millones. La diferencia fueron aportes en publicidad, el local fue gratuito, El Mercurio puso tres publicaciones gratis (cada una costaba 2 millones). Hemos tenido programas en TV local, sin costo. El problema es cómo el Ministerio depura la información de las gestiones regionales”* (Seremía2ªR).

En relación a los recursos del Fondo Global y el financiamiento de proyectos se ha hecho un aprendizaje que no ha sido fácil. Inicialmente los fondos traspasados para la Región se licitaron privadamente a organizaciones de la sociedad civil, hubo problemas en la selección específica. Al año siguiente se hizo una licitación más pública y fue necesario contratar una asesoría externa para hacer la selección. *“Fue difícil negociar el tema. Este proceso nos lleva a plantearnos el problema de la equidad en relación a los recursos licitados a las distintas OSC. Hay problemas respecto a ello. La impresión es que CONASIDA está siendo mirada con lupa, sobre todo en el marco de las platas del Fondo Global”* (SeremíaRM).

Se han presentado también problemas de tipo administrativo que afectan el desarrollo del Plan Regional, atrasando por ejemplo los convenios del 2004. *“Es sabido por todos que CONASIDA funcionaba totalmente aparte, se compraba servicios muy independientemente y no era bien mirada por el sistema central de administración y finanzas. Hubo conflictos con CONASIDA. A las personas de CONASIDA les cuesta meterse en las cuestiones de administración. Ahora se empieza a trabajar y compartir, y también de manera asignada a las Seremi, pero hay una mezcla entre ‘te lo paso’ y ‘te acompaño’. Aquí hay un tema más macro que tiene que ver con como operaba CONASIDA antes de que se gestara la División de Rectoría y Regulación”* (SeremíaRM).

Desde los servicios y CETS se señalan también dificultades administrativas relativas al flujo y rapidez con que reciben los recursos acordados. *“Nosotros postulamos a proyectos, que a veces no podemos terminar, porque los dineros llegan tan tardíamente. Estábamos trabajando con universidades, pero la plata llegó cuando era la época de exámenes y hubo que dejarlo para marzo”* (SSMC).

El Plan no incluye información anual que muestre lo que hizo Chile en el año. *“El Plan Regional se hace al inicio del año, pero durante el año surgen situaciones y problemas que deben ser enfrentados. Eso no aparece. No hay una información anual del Ministerio que muestre lo que hizo en el año”* (Seremía2ªR).

Desde los planes regionales se ha trabajado poco. *“Más fácil se hace cuando desde arriba dicen que es compromiso de gestión, así se puede presionar más”* (SeremíaRM).

Desde CONASIDA se ha estado trabajando en los compromisos de gestión desde el 2000, y se ha buscado darle sustentabilidad a la Prevención en VIH/SIDA y ETS en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias. *“Se ha trabajado con compromisos de gestión y progresivamente se ha ido incorporando en los Planes Regionales Intersectoriales la focalización de poblaciones más vulnerables de VIH/SIDA de acuerdo a la realidad epidemiológica local. Lo que se ha conseguido hasta el 2004 es que un 75% de todos los esfuerzos regionales que se desarrollen bajo la modalidad de proyectos ha sido orientado a PVP”* (CONASIDA).

Los compromisos de gestión se refieren a la ejecución de los proyectos acordados, a su cumplimiento. *“Compromisos de ejecutar los proyectos acordados. Por ejemplo, la capacitación en prevención a funcionarios, a consultorios de atención primaria, a trabajadoras sexuales”* (SSNCETS). *“Nosotros incluimos en los proyectos los compromisos de gestión, que son negociados. Lo hacemos a través de proyectos más que nada. Por ejemplo, en consejería para la toma de test de Elisa a todas las embarazadas en algunas comunas”* (SSA).

Pero la concepción de los compromisos de gestión no quedan del todo claro cuando se pregunta a los/as profesionales y directivos acerca de ellos. Algunas de las personas indicaron que al año 2003 hubo compromisos de gestión de sus servicios para el cumplimiento de los proyectos, pero no sucedió lo mismo en el año 2004, cuando no se establecieron tales compromisos. *“Antes había un compromiso de que se cumpla el proyecto, SEREMI – Ministerio. Este año no”* (SSO). *“En este momento no hay compromiso de gestión ligado a la prevención. El año pasado sí. La realización de los proyectos era ligado al compromiso de gestión, que generalmente se cumplen. En este servicio siempre se han cumplidos los compromisos, al menos con respecto al VIH/SIDA. Siempre tenemos la mejor nota”* (SSN).

Otras personas se hacen ellas su propio “compromiso de gestión”. *“Yo me hice un compromiso de arreglar el centro de ETS que está abandonado, antes pertenecía al servicio pero después el servicio se desprendió y se lo dio al hospital y ahí no le dieron importancia”* (SSVCETS).

^{lvii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre la intersectorialidad, descentralización y participación

Desde CONASIDA se estima que hay avances en la intersectorialidad, descentralización y participación de los proyectos y acciones para la prevención del VIH/SIDA y ETS. *“Aunque en algunas regiones ‘comenzaron con visiones paternalistas’. A partir de este año, tenemos a todas las regiones planificando de una manera intersectorial, horizontal y participativa con las organizaciones. Pero si miramos más atrás, fue distinto”* (CONASIDA).

Los avances se observan en la medida que se señala que VIH/SIDA es una responsabilidad de todos, *“pero en la práctica es un discurso que todavía no se concretiza desde otros sectores. Se ha avanzado en Educación, en el SERNAM, en los últimos tiempos, pero falta pero ejemplo desde Trabajo. Desde la mirada de la sociedad civil se demanda; desde la empresa privada, hay que seducirlos”* (CONASIDA).

Se reconoce que mantienen en la agenda de la salud el tema de la Prevención de la epidemia y establecen una adecuada forma de trabajo para adelante. Se estima que los resultados se verán en el largo plazo. Aún es pronto para hacer una evaluación en profundidad de tales Planes. *“Tengo una buena opinión”* (Seremía5ªR). *“Los resultados son a largo plazo, pero mantiene vivo el tema, que no puede dormirse, porque la infección del VIH sigue aumentando”* (SSO). *“Han sido una buen forma de trabajo, que necesita tiempo”* (CONASIDA).

Entre las opiniones más escépticas sobre los Planes Regionales destacan aquellas que dudan de su sustentabilidad en el futuro porque no tienen recursos financieros suficientes. *“Empiezan con toda fuerza y después van cayendo, como pasó ahora, que al final pierden la plata, queda en nada. Empiezan con la reunión; que vengan al intersector, y después faltan tres meses, porque no pueden... es muy difícil. Así uno no quiere seguir...”* (SSMC). *“Faltan fondos”* (SeremíaRM). Otra crítica señala que estos Planes no van al fondo y que hay poblaciones que se dejan afuera (SSAcon).

Las opiniones son diversas en relación a la descentralización de los Planes, para algunos/as se constata un avance, mayor autonomía lo que permite considerar las realidades locales *“Hace un tiempo que estamos trabajando solos, lo que considero que es bueno porque cada comuna tiene una realidad diferente”* (SSACETS). Otros/as, en cambio tienen reparos a los avances en la descentralización, porque seguiría ejerciéndose control desde CONASIDA, sin lograr autonomía suficiente las Seremis. *“Tengo una buena apreciación de lo acontecido en la región. He conocido otros planes. La crítica está en el punto de la centralización de la toma de decisiones, se necesita mayor independencia, pero no sabe si es la época para ello”* (SSVSAnt). *“La descentralización es entre comillas, porque todo tienen que ser revisado desde Santiago, hay una persona contratada para ello. Uno lo ve al principio y al final de los proyectos, pero no hay acompañamiento”* (Seremía2ªR). *“No, porque después de vivir lo de este año, no se ha dado”* (SeremíaRM).

Los Planes Participativos son una de las características más destacadas de los Planes Regionales. *Son participativos, porque cuando se generan los proyectos informamos a todas las organizaciones. Focalizado a lo que pide CONASIDA, no son tan abiertas como antes, que informábamos a 50 organizaciones*” (Seremía2ªR).

Con los Planes se está avanzando en mayor participación, pese a que falta bastante aún. *“Todavía somos individualistas, pero se está siendo más participativos. Falta porque en Salud se trabaja individualmente, “el paciente” y el paciente está un poco más abajito de nosotros”* (SSA).

También hay opiniones críticas a este atributo de los Planes que afirman que existe *“Ausencia de participación real de la sociedad civil”* (SeremíaRM).

Reconocen que la participación trae aparejados problemas por la forma en que se ha avanzado. Una de las cuestiones problemáticas planteadas es sobre cuáles son las organizaciones que deben participar. En una proporción de los proyectos *“siempre tienen que haber un actor de Vivo positivo”* (Seremía2ªR). *“Si se mira a las organizaciones con experiencias previas en VIH, estas participan, hay efectivamente una preocupación, pero sólo en ellas se centraliza los proyectos y no dejan pasar a las organizaciones que no tienen experiencias en el tema y concentran el poder en un grupo de personas”* (SSVQ).

La situación es compleja cuando no hay organizaciones, especialmente en ciudades y localidades más pequeñas *“Lo que pasa es que (las actividades) se han centrado en estas dos comunas, pero no en las que no existen organizaciones. Es difícil hacer prevención sin organizaciones, porque es una población de difícil llegada, el comercio sexual es clandestino, la gente que trabaja acá viene desde Santiago, hay que buscar una forma de hacerlo. Va a ser difícil, siento que las comunas más grandes lo han hecho, pero en las chicas eso no se ha reflejado. Hay que hacerlo, pero es difícil”* (SSAcon).

Otro problema dice relación con la responsabilidad que deben asumir las Organizaciones de la sociedad civil (OSC), desde la elaboración, desarrollo y evaluación, teniendo presente la reforma a la Salud. *“Cómo elaborar un programa de trabajo conjunto con las organizaciones; ¿les entregas toda la responsabilidad a ellos?, y la SEREMI con la reforma, que tiene que regular todos estos temas ¿cómo lo puede llevar adelante? y nosotros como servicio ¿qué es lo que nos corresponde hacer?”* (SSN).

En cuanto a los Planes Intersectoriales CONASIDA señala: *“Se invita a Educación, SERNAM, INJUV, CONACE, y en algunas regiones por sus característica a los Gobiernos Regionales, Intendencia; se ha buscado con Trabajo, pero este sector ha incorporado poco. Desde la línea de la no discriminación se ha concretado, con apoyo del Fondo Global, hacer trabajo asociados entre educación, salud y trabajo”* (CONASIDA).

La intersectorialidad de los Planes obliga a una mejor coordinación con los otros sectores, partiendo por Salud, mayor conocimiento de lo que está haciendo, de las demandas, los problemas, las estrategias futuras, los recursos utilizados y disponibles, entre otros aspectos a considerar. *“Hay mucha gente pero muy descoordinado. Por ejemplo, no sabemos lo que pasa con la Fundación Arriarán, no hay una comunicación, yo no tengo idea de cuantos pacientes tienen en control, qué pasa, cuáles son las enfermedades oportunistas que han tenido. Por otro lado, se está trabajando con las consejeras, se está haciendo prevención en las universidades con RedOss, pero uno sabe porque le cuentan, no porque esté coordinado. Entonces hay muchas iniciativas desperdigadas sin haber una coordinación, en que todos estemos involucrados, que sepamos lo que se está haciendo y que podamos aportar”* (SSMCETS).

Desde las Seremías se reconoce la existencia de un trabajo intersectorial y los avances observados estarían asociados a esta forma de abordar la Prevención. *“Sí, existe un trabajo intersectorial. Los éxitos son precisamente debido a eso. Desde que hay un trabajo intersectorial, si bien la curva (de notificaciones de VIH/SIDA) no se detuvo, el ascenso no fue con la velocidad de los años noventa”* (Seremía2ªR)

Los Planes Regionales Intersectoriales habrían puesto al sector Salud en el liderazgo de la generación de estrategias de prevención de la epidemia en las intervenciones. *“Se visualiza que el Área de salud es la cabeza en la generación e intervención de las acciones de la prevención: ‘es complejo, porque si bien se puede esperar apoyo de los otros sectores, siempre la cabeza la va a manejar el área de la salud’. Aunque se puede esperar críticas de ‘paternalismo’, porque los profesionales de la salud manejan el tema en todas sus facetas: en los conocimientos técnicos, en el trabajo clínico, toma de exámenes, terapia, etc. Todo lo que no va a manejar, por ejemplo, minería, transporte, dirección del trabajo, etc.”* (SSACETS).

Pero según algunos/as la descentralización e intersectorialidad estaría presente en la documentación y en las declaraciones y no precisamente en la realidad de los Seremías y Servicios (Seremía RM).

Uno de los aspectos más críticos de los Planes Regionales, para informantes tanto entrevistados directamente, como aquellos/as que respondieron al trabajo de Sistematización, es el financiamiento y control de gastos de los proyectos financiados para la prevención del VIH/SIDA y ETS en Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Se profundiza en ellos más adelante.

No ha habido evaluación de la descentralización ni de los Planes Regionales intersectoriales, según las personas entrevistadas. Un aspecto que es mencionado por diversos entrevistados/as es la necesidad de evaluar los Planes Regionales, reconociendo que el proceso hasta ahora ha sido positivo. Se requiere rigurosidad en su evaluación, construir indicadores e informar acerca de ellos. *“Si bien existe la confianza que la definición de los Planes en su Región ha sido un proceso exitoso, es necesario que hacer evaluación de impacto. Eso se hace en alguna pequeña medida, ya que se aplican algunas pautas con indicadores luego de las intervenciones. Es sólo está la evaluación que se puede hacer, y aunque mínima sirve para conocer cuál es la recepción de las intervenciones por parte de quienes participan, permite cierta retroalimentación. Pero se hace necesario evaluar los procesos con más rigurosidad”* (Seremía5^ºR). *“Hay que evaluarlos. Hay que tener indicadores para evaluar localmente. Algo está pasando con la forma de intervenir y entregar la información que la población sigue adquiriendo el VIH”* (SSVQ). *“En realidad, en los Planes Regionales de prevención, cada región define las poblaciones prioritarias, de acuerdo a los diagnósticos epidemiológicos locales. CONASIDA ha puesto énfasis en que esos diagnósticos se incorporen efectivamente a las poblaciones más afectadas”* (CONASIDA). *“Las PVP tienen una línea presupuestaria independiente. Por las dificultades que han existido, CONASIDA tiempo atrás decidió que era mejor que la prevención en PVP fuera trabajada centralmente en convenio con la sociedad civil. Sin embargo, actualmente están en un proceso de descentralización, por lo que están traspasando estos recursos a las regiones, pero para trabajar con la PVP y no con otras”* (CONASIDA). *“Las Seremías no pueden destinar para otro uso los recursos para trabajar con PVP. Por tanto el trabajo con PVP es paralelo a la definición de un Plan Regional. Así se hizo en la Región Metropolitana, en Antofagasta se está haciendo, y próximamente se hará en la 8^a y 1^a Región”* (CONASIDA).

^{lviii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre la intersectorialidad y la prevención del VIH/SIDA y las ETS

“Existen regiones en que es posible reconocer mayores logros en materia de asociatividad e intersectorialidad a nivel regional (por ejemplo la II Región) que lo que se ha hecho a nivel de gobierno central” (CONASIDA).

Para algunos/as no existe ningún tipo de trabajo conjunto ni voluntad política para hacerlo posible. *“No estamos en la agenda de educación. Las relaciones entre las instituciones y las personas que ocupan cargos de gobierno están influidas por las pertenencias a los partidos políticos, lo que viene a condicionar las alianzas institucionales. Si bien hay que revisar la Ley Orgánica Constitucional de Educación (LOCE) las dificultades pasan también por la voluntad política de las autoridades y cómo esa voluntad política se corresponde al sector y no a personas individuales”* (Seremía5^ºR).

No siempre es fluida la relación desde Seremías de Salud y Servicios de Salud con las instancias regionales o provinciales de educación; tampoco lo son, a veces, con las municipalidades, o con los sostenedores privados de los establecimientos educacionales. Trabajar con los establecimientos educacionales es todo un aprendizaje, si no difícilmente se puede acceder a ellos. *“Hemos aprendido a manejarnos con los establecimientos. A cómo hay que hablar con el director, con los centros de padres; le preguntamos al director cuándo va haber reunión de centro de padre, así conversamos antes con los alumnos y le pedimos que anoten anónimamente sus inquietudes. Y a los padres les decimos, ‘sus niños tienen estas inquietudes ¿ustedes son capaces de entregarles esto?’ Y entonces les decimos que nosotros tenemos este currículum para entregarles a sus niños. Generalmente dicen que les entreguemos enseñanza a los niños y así hemos podido entrar sin problemas con los padres ni con los directores”* (SSVCETS).

Es difícil para los profesionales de salud trabajar en los establecimientos educacionales, y también lo es cuando tienen que relacionarse con las autoridades regionales y provinciales de Educación. *“Con la Provincial de Educación tratamos una vez de meter el tema de lleno, en las mallas curriculares, lograr un trabajo más conjunto, más permanente, pero no logramos nada, no logramos dejar esto instalado”* (SSN).

Tampoco ha sido fácil, para otros, la implementación del Proyecto de Sexualidad Responsable, especialmente por las tensiones que se generaron con la jerarquía de la Iglesia Católica. *“Cuando nosotros trabajamos en ese proyecto, el principal problema que teníamos era que, como se hacía mucha promoción con que las adolescentes no se embarazaran, la iglesia se nos iba a tirar encima. Yo he tenido conflictos de tipo personal con el obispado por haber ido a dar una charla a un liceo donde expliqué lo de las relaciones sexuales y la menstruación y alguien se molestó mucho e hizo un escándalo”* (SSVCETS). *“Muchos creen que es por culpa de la Iglesia Católica. Hemos tenido problemas con la campaña el Condonito”* (SSVSAnt).

Desde CONASIDA se estima que *“El sector Educación, tienen un gran déficit de asociatividad a nivel gubernamental, no así a nivel local. A pesar de que existe un trabajo interministerial de larga data entre SERNAM, INJUV, MINSAL, parece ser que los problemas que enfrentaron las JOCAS hicieron que Educación se retirara, sobretodo porque fue el sector que más resintió los problemas. Pero a la luz de esta nueva evaluación que ha hecho*

Educación, que crea la Comisión de Educación Sexual y la pone a trabajar, aparece como una nueva oportunidad para reactivar este trabajo intersectorial; además la información respecto del VIH aparece claramente como un tema de la primera prioridad para los jóvenes, según el estudio de Adimark que encargó esa comisión” (CONASIDA).

Parte de la explicación acerca de por qué no se ha podido establecer un trabajo intersectorial estable entre Salud y Educación estaría dada por la diferencia existente entre la ‘estructura sanitaria’ y la ‘estructura de educación’, en que la primera es muy vertical, mientras la segunda no. *“De manera que lo que se ha hecho es convocar a los Directores de Educación Municipal en el trabajo de los Planes Regionales, por cuanto resultaría ser una mejor y más rápida estrategia para generar asociatividad a nivel local” (CONASIDA).*

Con SERNAM recién se inicia un trabajo intersectorial, focalizado especialmente en la prevención del VIH/SIDA en mujeres, pero ha sido difícil trabajar en conjunto con las mujeres pertenecientes a las Poblaciones Vulnerables Prioritarias (SeremíaRM).

Con Carabineros se está comenzando un trabajo más sistemático en algunas regiones, especialmente en lo relativo a discriminación hacia la población trans y travestis. *“Se busca establecer una alianza con Carabineros. Esta es muy importante ya que ha habido situaciones de discriminación con travestis y trabajadoras sexuales y las organizaciones han sido enfáticas en exigir sus derechos. De manera que, para avanzar en la superación de la discriminación en PVP por parte de los carabineros, se ha hablado de la prevención del VIH/SIDA. Hay gente que sabe muy bien cómo tratar el tema y están muy interesados en aprender. También están interesados en el cuidado y autocuidado de ellos mismos y el conjunto de sus familias” (Seremía5ªR).*

^{lix} *“El trabajo ha sido muy fluido, la persona que está a cargo es comprometida y participativa, siempre está convocando a participar en distintas reuniones, de ETS, de VIH. Es la manera que hemos encontrado para que ella sepa los problemas que hay y se puedan abordar” (SSNCETS). “Ha habido colaboración por parte de estas instituciones, cada vez que se ha pedido ha estado” (SSVCETS).*

^{lx} *“CONACE no pone recursos, sólo permite acceder a las personas, con el Programa Puente igual” (SSO).*

^{lxi} *“Con la provincial de educación hemos trabajado bien y con la Universidad también. Con los Municipios, relativamente bien. No hemos logrado un enganche específico en el tema. Ellos hacen lo que tú les pides, pero no nace de ellos mismos hacer algo” (SSN). “Hasta donde yo sé, no ha habido problemas. Los proyectos estaban bien elaborados. Han cumplido bien” (SSO). “Ningún problema, siempre han sido muy colaboradores” (SSCETS), SSNCETS, SSVSAnt.*

^{lxii} *“Es fundamental que el tema se incorpore de manera transversal a los programas de educación” (Seremía5ªR).*

^{lxiii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre las principales facilidades que se encuentran en las actividades de prevención en la intersectorialidad

Las relaciones interinstitucionales se dan en el marco de las jerarquías institucionales existentes y de las relaciones de verticalidad que tiene cada repartición. Desde esa jerarquía es posible que tales actividades se lleven a cabo. Normalmente se requiere de diversas instancias para acordar y llevar adelante iniciativas intersectoriales. *“No sólo pasa por la encargada, sino que ella lleva los planteamientos a las otras instancias y puede resolver los problemas que haya” (SSNCETS).* Pero estos procesos de acuerdo, requieren de trabajos y esfuerzos que no siempre son posibles desde los servicios *“El problema es con los Ministerios, porque desde las directivas tienen que sensibilizar a los otros ministerios y a su vez hay que hacer lo mismo con los directivos de los servicios de salud. (Al final) trabajamos como Toribio el Náufrago, es decir, gracias a nuestros deseos de hacer las cosas las hacemos, pero...” (SSMC).*

Las fortalezas de Sector de la Salud son su jerarquía y el respeto a ella en su relación con otras instituciones. *“Ser obedientes con el sector salud y la jerarquía, está es una fortaleza” (SeremíaRM).*

Pero en general, desde los servicios, los contactos son puntuales. *“Han sido asuntos puntuales. Alguna empresa o colegio nos llamaron porque se había producido un problema, porque alguien salió con VIH+ y la gente estaba asustada” (SSN).*

La motivación de parte del personal de salud es una de las facilidades en las actividades de prevención, pero se ve limitada por las diversas funciones y responsabilidades asignadas, entre ellas está la prevención al VIH/SIDA que no siempre es la más importante para el servicio, ni la que disponga de mayor tiempo. *“El problema es que los profesionales no están asignados de exclusividad al tema del VIH/SIDA, se dedican también al programa de mujeres, de adolescentes, control del niño sano, maternidad” (SSVQ).* La asignación de responsabilidades está

también asociada a lo que se considera más importantes, y no siempre es la salud sexual. *“Ahora hablan todos de la alimentación, si hacen una comisión mixta; se inclinan todos por la “alimentación saludable”, pero el tema del sexo lo dejan aparte, de eso no se habla”* (SSMC).

La buena disposición y motivación de algunas personas se observan, asimismo, en otras instituciones con las que se trabaja intersectorialmente. *“La gente que las dirige tiene buena disposición: alargue de reuniones, disposiciones la gente que trabaja en este tema es porque le gusta y se siente comprometida eso facilita el trabajo. El SERNAM, INJUV, también participan de esa instancia”* (SSAcon). *“La disposición, que presten el local, que estén allí presentes”* (SSMCETS).

^{lxiv} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre los principales problemas que se encuentran en las actividades de prevención en la intersectorialidad

En diversos casos estas experiencias intersectoriales son locales y temporales, no tienen continuidad en el tiempo. *“Proyectos que son excelentes hay que pararlos porque no hay más recursos o también la gente se cansa de presentarse y de postular”* (SSN).

Para otros/as personas entrevistadas, las experiencias son débiles y no se ha logrado movilizar capacidades de esas otras instituciones, no se ha logrado una triangulación. *“Se sabe de convenios que, independiente de CONASIDA, se ha han hecho; un ejemplo de ello, es el MUMS con CONACE, Vivo Positivo que mantiene temas con SERNAM.*

Ha habido dificultades con los recursos financieros de los proyectos. *“Las platas son el peor problema que hay, pero más en la sociedad civil”* (SSN).

Falta de Recursos Humanos. *“Existe tal desconocimiento del tema que el personal de salud debía asumir gran parte de las labores dirigidas a educar en los proyectos de prevención que se generaban. Es así que, como por una cuestión de ‘sobredemanda’ (sobrecarga laboral, desgaste, etc.) decidimos no trabajar más en proyectos de prevención”* (SSACETS).

Falta de interés de parte de los funcionarios de salud. *“Falta de interés de parte de los funcionarios de salud. Se percibe cierta frustración por cuanto el Proyecto de capacitación a los funcionarios de los Consultorios de Urgencia (que solicitó CONASIDA) no tubo ninguna recepción. Se realizaron muchos esfuerzos por organizar una jornada con los funcionarios de los servicios de urgencia, quienes finalmente no llegaron, por tanto se ‘perdió’ todo el esfuerzo y el trabajo que el CETS hizo. Entre el personal profesional (médicos, matronas) sí tuvo una excelente acogida este taller”* (SSACETS).

Falta de continuidad en las políticas y personas responsables de aplicarlas. En ocasiones, las responsabilidades que asume un Servicio de Salud se ven afectadas, porque la persona designada para llevar adelante una tarea deja el Servicio o cambia de función y no es reemplazada. Esta situación crea tensiones con las organizaciones y con las actividades programas a nivel intersectorial, por la discontinuidad que produce. *“Hace como cuatro años se armó un comité de prevención de VIH/SIDA y una comisión a la que venía la gente de la Municipalidad, profesores, de los consultorios; una comisión bastante grande y de ahí se sacaron bastantes proyectos. Esa comisión no siguió porque la persona que la lideraba –una asistente social- se fue del servicio y no hubo nadie que la tomara”* (SSN).

Resistencia al cambio del modelo de trabajo. *“Han sido importantes las dificultades para poder enfrentar los desafíos. Resistencia, de algunas encargadas, al cambio del modelo de trabajo”* (SeremíaRM).

Falta mayor trabajo en las regiones (CONASIDA).

Desde que hay más recursos para la prevención del VIH/SIDA el acceso al dinero se ha transformado en una cuestión principal, y lo que antes se hacía en forma voluntaria, hoy es cobrado o valorado en dinero. *“El tema del cobro significa lucha de poder, eso no se veía, y ha significado una competencia. Todo se traduce en plata”* (Seremía2^oR).

Según algunos/as, la comunidad no está preparada para dar espacio a grupos de minorías sexuales. Ellos trabajan el tema desde la prevención. *“El 2002 tuvimos problemas porque terminaron trabajando con jóvenes el concepto de la validez de la opción de la homosexualidad. No estamos preparados para eso. Ni siquiera es fácil tocar el tema de la sexualidad heterosexual. Provocó mucho rechazo que fueran a validarse ellos, lo que significó una carta de protesta desde la dirección del establecimiento y también de la Seremi”* (Seremía2^aR).

También se presentan problemas por las diferencias de posturas políticas al interior de la alianza gobernante. *“Las dificultades para avanzar en la prevención del VIH/SIDA de manera intersectorial se vinculan con las diferencias políticas obvias que existen entre las personas pertenecientes a diferentes partidos políticos de una misma coalición de gobierno. Es por ejemplo lo que sucede con la intersectorialidad con Educación”* (Seremía5^aR).

Existen problemas de coordinación, rapidez, de estructura de mando. *“Las dificultades se ha ido dando en el camino y se han ido arreglando con el tiempo. Con el estado no existe un oportuno envío de información, desde CONASIDA. Por que desde que empecé a trabajar acá, yo trabajaba en un consultorio, no existe una buena coordinación con CONASIDA, que algunas veces se tienen que hacer cosas rápidamente y se envía la información no a quien*

corresponde. Tanto de material como de información: por ejemplo, “inscriban médicos y enfermeras para un curso para mañana”, eso implica ver a quien mando, quien llamo hoy, es un poco desordenado. Por ejemplo, en los documentos que envían para un taller, uno al darse cuenta de la primera etapa va Juan Pérez, y esa persona no es la misma persona que va a la segunda, tercera etapa. Y siempre las cosas para mañana” (SSAcon).

^{lxv}Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre la intersectorialidad con otras instituciones del sector público

Incorporación amplia de la prevención en VIH/SIDA y las ETS en las diversas instancias institucionales. *“Aún el tema VIH/SIDA y ETS no está tan aceptado en todos los niveles” (SSNCETS).*

La prevención debe tener un programa, con objetivos anuales, nacionales, regionales y locales, que articule los distintos niveles de atención: primaria, secundaria, Centros de ETS; que esté coordinada con Promoción de la Salud y las políticas sobre salud sexual del Ministerio y CONASIDA. *“La prevención tiene que tener un programa, que cada año vaya teniendo más actividades, pero sin olvidarse de lo que ya estamos haciendo. Que se articulen los distintos niveles: atención primaria, secundaria, centro ETS, etc. Hemos tomado la prevención como sólo del servicio –porque hay que cumplir objetivos-, sin derivar a los niveles locales, donde el trabajo comunitario es mucho más rico. No recuerdo que se hayan entregado proyectos a la atención primaria para que los manejen ellos” (SSN).*

Resolver si abordaje al VIH/SIDA y a las ETS debe hacerse desde un solo equipo de salud o deben conformarse dos, uno para el VIH/SIDA y otro para las ETS. *“Nosotros como equipo también hemos tenido dificultades, dos quiebres, después de 10 años unido ETS y VIH y ahora (nos han) separados. Fue una decisión de las jefaturas de los programas. Es de esperar que sea para mejor. Este equipo es muy bueno. Hasta hace cuatro meses el equipo ETS-VIH/SIDA era un equipo completo, compacto, único, pero desde septiembre para acá se hizo una división y estamos separados. Nosotros sólo vemos ETS, tenemos jefatura aparte y ETS se maneja de otra manera. Eso ha significado un quiebre, nos sentimos alejados, como desprendidos. En esos equipos participaba gente de las organizaciones. Ahora seguimos en el servicio, pero separados” (SSNCETS).*

Ahora el manejo es más complejo *“Desde el 2002 ha habido cambios: antes estábamos autónomas como ETS en el CETES ahora somos sede y vemos no sólo el área norte, sino que es más amplio” (SSNCETS).*

Clarificar las reglas en los Planes Regionales. Descentralización (SeremíaRM).

Ampliar el trabajo intersectorial (CONASIDA).

Incorporar al sector Educación, que hasta el momento es el gran ausente de las actividades de Prevención del VIH/SIDA y las ETS. *“Lo que se ha hecho es apagar incendios, debe haber una mayor apertura de Educación. Es fundamental que el tema se incorpore de manera transversal a los programas de educación” (Seremía5ªR).* *“Con la provincial de Educación tratamos una vez de meter el tema de lleno, en las mallas curriculares, lograr un trabajo más conjunto, más permanente, pero no logramos nada, no logramos dejar esto instalado, que hubiera un profesor dedicado, una sala de consejería. Nos dimos cuenta también que los profesores tienen múltiples actividades que hacer (como nosotros en Salud), que si hacen algo es porque les interesa personalmente” (SSN).* *“Con el Ministerio de Educación, cuando teníamos un Comité intersectorial, nos cambiaban a cada rato a la representante. Quisimos trabajar con los adolescentes, con las Municipalidades. Hicimos todo el material, las transparencias de epidemiología, de cómo era el adolescente, preparamos todo para hacer la educación. Resulta que ellos sólo querían que les entregáramos eso. Y cada vez venía otra persona, y había que explicarle de nuevo, empezar de cero y la verdad es que no ayudaban en nada” (SSMC).*

Las dificultades de trabajar intersectorialmente con otras reparticiones públicas. Las instituciones no tienen una cultura de intersectorialidad, salvo en aquellas áreas que han sido tradicionalmente compartidas. *“Las instituciones son demasiado feudalistas para trabajar. (Lo importante es que) todas las instituciones funcionen con el mismo proyecto” (SSVCETS).*

- Elementos que se requiere modificar en esa relación

Es necesario incentivar a los profesionales que están trabajando en Prevención del VIH/SIDA y las ETS, que ellos/as sientan que su acción es muy importante, que tengan la capacidad de convencer a los responsables de otras instituciones para poder implementar los Planes Regionales y acceder a sectores a los que Salud tiene dificultades de llegar. *“La comunicación, creerse el cuento, ponerse la camiseta. Lo principal son las ganas” (SSNCETS).*

Es conveniente que haya personas que se dediquen preferentemente o que tengan horas exclusivas para el trabajo de Prevención del VIH/SIDA y las ETS. *“Por ejemplo, personas del área de salud: tecnólogos/as médicos, enfermeras, matronas, etc. Señala que no necesariamente deben ser de tiempo completo, pero que las horas sean exclusivas para el trabajo en prevención” (SSACETS).*

Profundizar sobre la discriminación. Disponer de recursos y tiempo para hacer actividades que visibilicen las discriminaciones existentes tanto a nivel de Salud como en las otras instituciones con que se trabaja intersectorialmente (SSVQ).

Establecer mecanismos de coordinación más expeditos entre las diversas instancias del sector salud y las otras instituciones con las que se trabajo los Planes regionales de Prevención del VIH/SIDA.

Definir mejor las tareas en el futuro, en el contexto de la reforma a la salud (SSAcon).

Es necesaria una posición explícita de los gobiernos regionales frente al tema VIH/SIDA. Los Gobiernos Regionales y las Seremías deben expresar sin ambigüedad su apoyo a los Planes regionales Intersectoriales de Prevención del VIH/SIDA para avanzar en la prevención sobre la base de la intersectorialidad (Seremía5ªR).

Se debe buscar alianzas para generar colaboración con instituciones del Estado, especialmente aquellas que focalizan su accionar en las poblaciones más vulnerables (Seremía5ªR).

Los recursos requeridos para la implementaciones de los Planes Regionales deberían trabajarse en el marco de la asociatividad y e el contexto de la Reforma. Que así como desde Salud se aportan fondos, las otras instituciones también las asuman con recursos propios, si se trabaja con población que ellas deben atender. En ese sentido es conveniente revisar la gestión de redes. *“Actualmente este es un tema que se esta revisando en la gestión de redes. Ahora tenemos que focalizar y distribuir las funciones en el marco de la nueva autoridad sanitaria, cómo se traspara a los funcionarios los conocimientos para que a nivel de red incorporen en la comunidad su propio autocuidado”* (SSVQ).

^{lxvi} Frente a los cambios introducidos por la reforma de salud, en CONASIDA se señala que cambia de dependencia de la prevención del VIH/SIDA. Dejará de hacerse cargo de la gestión con los Servicios de Salud, que pasaran a Redes Asistenciales. Pero sigue con la responsabilidad de salud pública, al definir los protocolos y evaluar el impacto que generan las estrategias de prevención, así como la vigilancia epidemiológica. La reforma no debiera significar un gran cambio en el trabajo que ha hecho CONASIDA, en cambio sí un fortalecimiento dirigido a que la Autoridad Sanitaria asuma con mayor propiedad la labor sanitaria respecto de la prevención del VIH y otros temas. *“CONASIDA cambia de dependencia, deja de depender de la División de Rectoría y Regulación Sanitaria, pasando a la Subsecretaría de Salud Pública, a un departamento que agrupará a otras ‘nfermedades transmisibles’, y funcionará con una estructura similar. Dejará de hacerse cargo -entre comillas- de la gestión de los Servicios de Salud, y pasa a las ‘Redes Asistenciales’. Por tanto, todo lo relativo al acceso de medicamentos queda en manos de las Redes Asistenciales. ...“CONASIDA sigue con la responsabilidad de Salud Pública al definir los protocolos, evaluar el impacto y sigue siendo el generador de las estrategias de prevención, en vigilancia epidemiológica. Ya que desde hace un tiempo CONASIDA está trabajando con la lógica de la descentralización, en que se busca que la toma de decisiones se dé en el nivel local. Si, debería haber un fortalecimiento dirigido a que la Autoridad Sanitaria asuma con mayor propiedad la labor sanitaria respecto de la prevención del VIH y otros temas”* (CONASIDA).

Para algunos/as es una oportunidad *“CONASIDA debe ejercer un liderazgo interno al interior del MINSAL y otras instituciones de gobierno, de manera de posicionar la importancia del VIH en las autoridades que realmente toman las decisiones de coordinación de los diferentes sectores”* (Seremía5ªR).

Pero en general la Reforma y qué papel le corresponderá a CONASIDA genera incertidumbre. No está claro lo que significará la autoridad sanitaria. *“Es toda una nebulosa, el área de prevención no está, está el AUGE que es entrega de medicamentos, no está como compromiso de gestión y entonces no vale nada. AUGE es plata para los medicamentos, nada más. La consejería viene ahora con violencia sexual, con todo eso... Me dirás que estoy desilusionada... pero es la realidad en que estamos”* (SSMC). *“No tengo claro todavía. Me enteré que la atención primaria depende de la autoridad sanitaria y CONASIDA está en el nivel secundario, que es otra entidad... Yo encuentro que el CONASIDA debería tener ingerencia en la atención primaria. No puede estar en las dos partes, porque eso significa que no pase nada. Prevención del VIH tiene que estar en la atención primaria: ahí está la población que te llega, no tienes que ir a buscarla, tienes la comunidad, los organismos con que te puedes coordinar, educación, municipalidad”* (SSMCCETS) *“Todo cambio da susto, incertidumbre, reticencia, pero yo soy optimista, espero poner todo de mi parte y si no resulta, entonces se cambia”* (SSNCETS).

De CONASIDA se espera que realiza acciones para:

a) Definir la relación entre la Autoridad Sanitaria y CONASIDA:

- Conocer el rol que cumplirá CONASIDA. *“No creo que cambie mucho su rol, va a seguir entregando insumos y normativas nacionales”* (Seremía2ªR).
- Mejorar la gestión *“Creo que es importante conocer las áreas de acción de la CONASIDA. Actualmente se desconoce la estructura de la CONASIDA en el marco de la reforma del sector. Se sabe que hay nuevas instancias, hay cambios que ellos desconocen que obstaculizan en algunos aspectos la gestión”* (Seremía5ªR).

-
- b) Incentivar la asociatividad y relaciones con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)
- Escuchar a la sociedad civil, su participación (SSO)
 - Cambiar el trato con VIVO POSITIVO. *“Son ofensivos, hablan mal de quien se les ocurra delante de cualquier persona. Desprestigian a las entidades públicas y si se les dice algo, reclaman y todo termina en que la CONASIDA les encuentra la razón”* (Seremía2ªR).
- c) Incentivar el trabajo intersectorial. *“Veo como una fortaleza que se vaya a trabajar en forma más articulada desde la SEREMI como autoridad sanitaria”*.
- Trabajar asociadamente (asociatividad) con promoción de la salud
 - Reconocer el trabajo de regiones (Seremías, Servicios de Salud y CETS), que es donde se pueden posicionar el tema.
 - CONASIDA debe regir las orientaciones de la prevención a nivel nacional, pero que debe dejar espacios para la autonomía de la autoridad sanitaria y la definición de los planes regionales. Por ello también la CONASIDA debe evaluar el trabajo y la planificación de las regiones (Seremía5ªR).
 - Debe generar espacio político para la intersectorialidad. *“Su deber es generar un espacio político, ser capaz de integrar a los otros sectores institucionales (por ejemplo educación)”* (Seremía5ªR)
- d) Incentivar la descentralización. Debería ser un eje central para las regiones. CONASIDA empezó desde antes, tiene ventajas comparativas en relación a otros programas. *“La descentralización debería ser un eje central para las demás regiones. Nosotros empezamos con este proceso desde antes a diferencia de otros programas, por tanto tenemos una ventaja comparativa, desde el año 2000, por eso nos encontramos en un muy buen pie para implementar el tema del VIH/SIDA a nivel de la autoridad sanitaria regional, que ha sido reconocida internamente en el ministerio, y por las propias autoridades sanitarias regionales y equipos, es decir, los principios básicos de equidad, regionalización descentralización, perspectiva e género, enfoque territorial que propone el gobierno en todos los sectores son ejes que hemos venido instalando”* (CONASIDA).
- e) Profundizar el trabajo en prevención. Intervenir más en la prevención. *“A la prevención hay que hincarle el diente y que tenga sistematización, programa, correlato en el tiempo, recursos, evaluaciones, etc”* (SSVCETS).
- Sensibilizar a las personas en estos temas, que tengan interés (SSN)
 - Fortalecer el trabajo en VIH/SIDA y ETS por medio de mayor capacitación. (Seremía5ªR).
- d) definir la relación de CONASIDA con las ETS
- Incluir a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en sus lineamientos y proyectos (SSVCETS).
- e) Establecer el tema de la gratuidad de tratamientos e insumos en la Reforma. Debe tratar el tema de la gratuidad de la atención al VIH en los SS. *“La reforma también nos habla del Plan Auge, porque está en el Plan Auge. Este año hubo bastante problema con la atención gratuita de la población con VIH. De repente las autoridades del hospital cuestionan que tengan toda la gratuidad y son gente que por su mismo estado de salud se empobrece. Les han cobrado en FONASA. Ellos reclamaron, y se les está solucionando, pero en ningún otro servicio se cobra”* (SSO).
- f) Fortalecer los recursos financieros y humanos:
- Fortalecer los equipos regionales (SSA)
 - Reforzar del recurso humano existente.
 - Definir un perfil de los profesionales que trabajen con Poblaciones Vulnerables Prioritarias. *“No todos sirven para hacer este tipo de trabajo”* (SSA)
 - Transparentar el presupuesto en Prevención en PVP y los mecanismos para su adjudicación (SSA)
 - Gestionar recurso, que lo han hecho muy bien a través de las alianzas que ha desarrollado (Fondo Global)
 - Aumentar recurso para capacitar como servicio, la tendencia es que unos pocos tienen acceso a la información. (SSVQ)
- g) Hacer evaluaciones, analizar la información. Se debe hacer evaluaciones, sistematizaciones, seguimientos. *“Un tema que da vuelta es como anticiparnos al tema de la evaluación, tener instrumentos que permita medir en el tiempo. Cuando hacen los diseños de los proyectos incorporan el tema de la evaluación, pero no es un requisito, no se ha seguido. Y también se necesita monitorear, hacer seguimiento. Algunas de las áreas de CONASIDA tienen algún modelo de evaluación. En el caso de los planes tenemos un modelo de evaluación por proyecto que evalúa el proceso que tiene elementos cuantitativos interesantes, lo que no se ha conseguido desde el espacio local que se valore el momento de la evaluación”* (CONASIDA)
- Interpretación de datos y equipo profesional. *Se consiguen tardíamente los datos. Lo que no permite tener una visión cuantitativa del país* (CONASIDA).
 - Faltan equipos que hagan interpretación de la información. *“No tenemos equipo”* (CONASIDA).

^{lxvii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre la creación y apoyo a organizaciones de Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP), formación de redes y participación del Estado, y del sector de la salud pública

Aun no hay una visión ampliamente compartida de la importancia de conformar redes asociativas para la Prevención del VIH/SIDA y las ETS desde el sector de la Salud, y tampoco la habría desde las propias organizaciones. *“No hay una visión compartida de lo potente que es trabajar en red, porque hay una mirada todavía de trabajar hacia adentro, podría ser un aporte para la prevención, como punto de partida o de llegada. Lo estamos empezando a plantear”* (CONASIDA).

No se observa que haya un trabajo asociativo entre las organizaciones de las Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Los dirigentes de esas organizaciones se conocen entre sí, pero eso no ha implicado la formación de redes. Quizás ASOSIDA venga a responder a ello a nivel de las organizaciones mayores, especialmente en las regiones donde existen tales organizaciones, pero llegar al nivel local es algo que aun se observa como lejano. *“Mirando desde este lugar, el trabajo asociado de distintas Poblaciones Vulnerables Prioritarias no se ha producido. Existen algunas articulaciones, pero no hay una red de las PVP. Puede ser que se este produciendo pero no es claro... Hay una red que se esta fortaleciendo, ASOSIDA, compuesta por organizaciones de otros tipo y las de PVP”* (CONASIDA). *“Bueno, ahora se formó ASOSIDA. En noviembre. Entre las agrupaciones no hay una red formal, pero todos se conocen. Nosotros no nos hemos metido en la formación de redes. Esto porque el 2002 y 2003 hubo mucha pelea”* (SSA).

Se debería estimular la formación de redes, porque desde allí es posible ampliar la cobertura de las acciones de Prevención y darle mayor profundidad en la Poblaciones Vulnerables Prioritarias. En el futuro podrían establecerse tales redes a partir de las experiencias que ha habido en algunas regiones y localidades. *“Tenemos que ampliar nuestro trabajo, deberíamos estimular un trabajo en red, se necesita una buena relación entre ellos”* (SSA). *“Hemos hecho una buena llegada con la asociación Unidos por la Vida, por eso tengo esperanza de que pueda resultar en el futuro”* (SSO).

Otras opiniones expresan dudas sobre la formación de redes locales, porque las organizaciones tienden a funcionar aisladas una de otras, no se relacionan entre ellas para llevar adelante iniciativas asociativas. *“No sé... Vida Óptima funciona sola. No sé si se relacionan con otras organizaciones. Con RedOss tenemos una coordinación por los exámenes,”* (pero no sé si la tienen con otras organizaciones) (SSN)

Las opiniones, cuando las hay, son a veces contradictorias: no hay que participar en la organización, pero son necesarias y a veces fundamentales para la prevención de la epidemia. Desde CONASIDA se señala que no es rol del gobierno participar en la creación de organizaciones de las Poblaciones Vulnerables Prioritarias y la construcción y legitimación de referentes organizacionales para la Prevención del VIH/SIDA y las ETS. *“No es el rol del gobierno (ayudar a la creación de organizaciones de Poblaciones Vulnerables Prioritaria). Además la construcción de referentes organizacionales a nivel local no es sólo un trabajo que deba asumir CONASIDA. Nosotros le hemos hecho ese planteamiento a las autoridades sanitarias, porque no es su rol tampoco”* (CONASIDA).

La autoridad sanitaria debe dar apoyo y facilidades para que se creen organizaciones de Poblaciones Vulnerables Prioritarias en todas las regiones, que tengan ascendiente sobre sus pares y participen en la Prevención del VIH/SIDA y las ETS en tales poblaciones, que sean diferentes a las existentes en torno redes ya establecidas de PVVIH. Estas líneas de trabajo debe estar presente en los Planes Regionales Intersectoriales. *“(A las autoridades sanitarias le hemos hecho el planteamiento de) que hay que crear facilidades para que se organicen y nos parece que la señal que nos pidieron es dar espacio a otras organizaciones que no estén amarradas redes ya establecidas de PVVIH, porque ahí ven potencialidades y piensan que con ese instrumento pueden cumplir mejor esa tarea. Y eso va a estar. Ahora, el trabajo con las PVP hoy está en algunas regiones y en corto plazo tiene que estar en el resto del país. Eso va a quedar vigente en los Planes Regionales a cargo de la autoridad sanitaria, ya que son recursos que se les traspasan para ese objetivo específico y ellos la trabajan con la sociedad civil”* (CONASIDA).

Desde los Servicios se ha dado apoyo ocasional a la creación de organizaciones de PVP y al trabajo con algunas de ellas, tratando de generar iniciativas asociativas, pero no siempre han tenido permanencia en el tiempo, luego se desarticularon o desaparecieron. *“Se ha ayudado en la medida que se les ha validado y entregado un espacio como Servicio”* (SSVQ). *“Se ha ayudado desde la Atención Primaria no como Servicio. A través de los Consejos locales de salud. Como Servicio también por el trabajo que se ha desarrollado”* (SSVSAnt). *“Tenemos el comité intersectorial. También se hizo una firma de convenio, trabajé firme con la comunidad. Tuvimos una vez a las juntas de vecinos, a los colegios, las juveniles, pero después se corta la historia porque no tenemos más apoyo”* (SSMC). *“Desde el año 2000 se han estado haciendo, lo primero que se hizo fue trabajar con las minorías sexuales, ellos estaban dispersos, obviamente no tenían nada, de cómo poder crear un organismo, que fue el CIPRODES (Circulo de Protección de la Sexualidad), que tiene personalidad jurídica y trabaja con los consultorios. El otro, el de los Andes, se formó el MUMS. En este momento no existe. Es que no sé si llamarle redes, pero estos dos grupos se*

trabajaba desde la dirección y algunos consultorios” (SSAcon). “Se han apoyado los procesos de organización de las minorías, (por ejemplo) en Casablanca dado que estaban notificando casos de VIH en esta zona rural” (SSVSAnt).

Se presentan dificultades en la creación de organizaciones de las PVP, porque las personas que pertenecen a esas poblaciones no quieren ser reconocidas como tales. La discriminación hacia las PVP se refleja en las dificultades existentes para su formación y crecimiento. Eso es especialmente válido en las ciudades de regiones, salvo la II, V, VIII y Región Metropolitana. A medida que es más pequeña la ciudad, más dificultades se presentan para la creación de organizaciones de PVP. *“No conozco con exactitud la existencia o ausencia de organizaciones de PVP: puede que hayan organizaciones pero las desconozco. En Antofagasta no hay agrupaciones, pero lo que se ve es que en Santiago sí las hay, que luchan por sus derechos y se dan a conocer. Hay mucha gente que no quiere ser reconocida, de manera que puede ser una respuesta a la falta de agrupaciones” (SSACETS).*

No hay apoyo oficial, pero sí se establecen facilidades y se dispone de pequeños recursos desde algunos Servicios para articular actividades. *“Hay redes y actividades locales que ellos organizan, pero eso es de ellos, ellos hacen sus pesquisas. Está articulado desde el punto de vista de la salud, pero desde las organizaciones no” (SSN). “Un poco, pero no oficialmente, por oficio. Sino más bien a través de reuniones que se hacen con las organizaciones, con los servicios para que se conozcan. Red formal por ejemplo de consejeros no se ha hecho” (SeremíaRM).*

Se han establecido redes regionales y locales en la Prevención del VIH/SIDA y las ETS, en algunas regiones, especialmente impulsadas desde el sector de la Salud y CONASIDA. Se ha tratado de establecer vínculos con las organizaciones existentes en Santiago y que trabajan con CONASIDA. *“Se han logrado redes locales y consejos regionales de respuesta nacional al VIH/SIDA en algunas regiones, estamos pensando en sectores del gobierno, empresa privada y sociedad civil, que planifiquen, diseñen, formulen y ejecuten. Principalmente desde el sector salud. Se ha hecho con bastante motivación desde el Programa Nacional y se ha buscado que se vinculen desde la región con las organizaciones que se trabajan acá en CONASIDA, por ejemplo que el MUMS viaje a una región y mostrar como lo han hecho en Santiago, con SIDACCION también. Llevamos dos años haciéndolo, se trata entonces que se vinculen con las organizaciones y que no que pase necesariamente por acá. Participación en seminarios, apoyar y otorgar facilidades para los contactos, financiamientos” (CONASIDA). “Sí, creo que la CONASIDA desde el 99, si es que no me equivoco, empezó a otorgar financiamiento para las minorías sexuales” (SSAcon). “Si les hemos fortalecido, apoyando proyectos” (CONASIDA).*

En la 5ª Región, a partir de la creación del Consejo Regional del VIH/SIDA, se ha establecido una red con organizaciones de la sociedad civil donde están presentes algunas organizaciones que son de Poblaciones Vulnerables Prioritarias. *“Hay una red que es el Consejo Regional, compuesta por SERNA, INJUV, Gendarmería, Cruz Roja, travestis, SIDACCION, entre otras, para poder tener más fuerza y respaldarse con organizaciones que llevan mucho tiempo trabajando en el tema. Hay también una red intersectorial de VIH /SIDA de Peñablanca” (SSVQ)*

Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre el Apoyar desde las instituciones del Estado y en particular desde Seremi/Servicio de Salud a las Organizaciones de la Sociedad Civil de las Poblaciones Vulnerables Prioritarias

Opiniones encontradas se constataron en profesionales y directivos en relación al apoyo de deberían tener las OSC de las Poblaciones Vulnerables Prioritarias de parte del sector salud, aunque la mayoría estaba por buscar formas de otorgar ese apoyo.

No es tarea de los funcionarios de la salud apoyar a las organizaciones de Poblaciones Vulnerables Prioritarias, aunque sean importante para la Prevención del VIH/SIDA y las ETS. *“No es mi tarea incentivar la generación de organizaciones, aún cuando las considere importantes, específicamente para trabajar en prevención, sería una instancia para llegar a más personas para que se controlen. Cree que no es labor de los funcionarios que se dedican a la atención clínica, ya que es de la mayor urgencia disponer de todo su tiempo para la atención clínica” (SSACETS).*

Las autoridades de salud tienen claro que, aún teniendo problemas, hay que trabajar junto a las organizaciones de PVP, construyendo vínculos de confianza. *“Las autoridades de salud lo tienen claro, que aún teniendo problemas, tienen que trabajar junto a las organizaciones. Ello es posible en la medida que vas construyendo confianza” (CONASIDA).*

En otros Servicios la opinión es la contraria. No se ha apoyado a las organizaciones de PVP que trabajan en la Prevención del VIH/SIDA, lo que se ha logrado ha sido gracias a la iniciativa de algunos/as profesionales. *“Creo que no, aunque con SIDACCION sí, los hemos ayudado con el acceso a exámenes. Quise hacer el convenio oficialmente, con la dirección del servicio y estuvo el convenio para firmarse, dos años sería, y el abogado nunca lo vio.*

Entonces, yo decidí que bajo mi responsabilidad se hacía, porque el Centro ETS no lo quiso hacer más. Yo recibo los exámenes, yo hablo con el banco de sangre, porque si no se muere esperando...” (SSMC).

No se ha hecho evaluación del trabajo realizado con las organizaciones de la sociedad civil re las Poblaciones Vulnerables Prioritarias. *“Aquí hubo un trabajo sobre los trabajadores sexuales masculinos, que están organizados en el servicio, es lo único que sé” (SSO).*

^{lxviii} *“Las necesidades las conocemos, la parte asistencial: atención, oportunidad de la atención, el recurso humano, el lugar donde se atienden, etc. Pero también el Servicio tiene una postura política para organizarlos y que elaboren algo más forma en sus propuestas” (SSO).*

^{lxix} *“(Desde ahí se) hacen las reuniones y alianzas con diferentes instituciones, con organizaciones de gays, travestis, organizaciones que tiene que ver con el VIH. Nosotros éramos simplemente invitados a estas reuniones” (SSVCETS).*

^{lxx} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre los cambios constatados entre 1998 y 2003 en los proyectos hacia las PVP

Son diversas las opiniones sobre el período 1998 – 2003 en relación a la asociación con las Organizaciones de las Poblaciones Vulnerables Prioritarias, desde el sector de la salud pública. Según algunos/as no ha habido grandes cambios, según otras/os sí los ha habido y son destacables. Se estima que no ha habido cambios importantes en las relaciones desde el sector salud con las organizaciones, pero que sí los ha habido en las propias organizaciones.

Los cambios tienen que ver con el empoderamiento de los grupos vulnerables, aunque según una opinión no siempre sucede así. *“Son ellos los que deberían preocuparse de la prevención y nosotros ser colaboradores en ese tema” (SSN).*

Hay avances desde la población homosexual al ampliar su mirada desde la VIH/SIDA a la Salud Sexual y Reproductiva y a las ETS que han sido beneficiosos para el sector de la Salud. *“(Por ejemplo) las cartillas de Salud Sexual y Reproductiva que hizo el MUMS es un aporte para los equipos de salud” (CONASIDA).*

Las poblaciones homosexuales y transgénero se han posicionado desde sus propios mundos -especialmente las organizaciones del movimiento homosexual- y han desarrollado agendas públicas que incorporan la Prevención del VIH/SIDA y las ETS. En este período se han validado socialmente y han desarrollados experticias en el campo de los proyectos de Prevención (SSVQ).

Hay avances contra la discriminación hacia la población homosexual, y en menor grado con la población trans y trabajadores/as sexuales. Las organizaciones han sido fundamentales en ese avance, así como en el cambio cultural de los propios Servicios de Salud. *“La Corporación ha ayudada a que la gente tenga menos temor de decir las cosas, procesos de empoderamiento y liderazgo” (SSVSAnt).*

^{lxxi} *“Este año (2004) se inicio una experiencia piloto para que las organizaciones instalen capacidades en otras regiones, donde no hay organizaciones, o son escasas o recién se están conformando, especialmente en las regiones donde la epidemia es prioritaria, es decir, I, II y VIII Región, a través de un plan piloto que vamos a evaluar y ampliar en el segundo semestre del 2005” (CONASIDA).*

^{lxxii} *“Yo sé que ellos trabajan, pero en forma aparte. Lo que hacen es importante –prevención, consejería entre pares, etc.- pero funcionamos como dos entidades paralelas” (SSO).*

^{lxxiii} *“¿Que es sociedad civil?, me confundo un poco” (SSO)*

^{lxxiv} Utilizaremos de aquí en adelante la denominación Organizaciones de la Sociedad Civil para referirnos al conjunto de las organizaciones que no son gubernamentales.

^{lxxv} *“En general, son bastantes dinámicas, en tanto la gente que en ellas participa tiene bastante movilidad” (Seremías⁵R).*

^{lxxvi} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre la evaluación de la asociación entre las Seremías, los Servicios de Salud y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en el campo de la Prevención
Diversos aspectos deberían tenerse en cuenta, según la opinión de profesionales y directivos/as de las Seremías, Servicios de Salud y CETS y la propia CONASIDA en relación con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

Hay cambios en las organizaciones que se deben tener en cuenta desde las Seremías y Servicios de Salud para mantener la relación que se ha establecido en estos años. *“Aquí somos todas las mismas, seguimos en la misma línea, pero hay cambio en las organizaciones de la sociedad civil, las cosas cambian. La relación con las mismas personas es una inversión”* (SSNCETS).

Asumir que las regiones son heterogéneas, algunas están muy atrasadas en la Prevención de las Epidemia y no han avanzado en los últimos años. *“Pensar que el territorio nacional es largo, asumir que hay regiones en el país, que están atrasadas como 20 años respecto a la epidemia”* (CONASIDA).

La asociación entre las Seremías, los Servicios de Salud y las Organizaciones de la Sociedad Civil es muy importante en la Prevención del VIH/SIDA y en particular en la Prevención con las Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Es una colaboración fundamental. *“La experiencia de cada organización es valiosa y cada quien tiene su particularidad. Eso da un aporte para ir moldeando lo que uno quiere. Es una experiencia diferente desde ellos o desde acá. Para mí la cuestión de equipo es lo fundamental, más allá de lo que está puesto en el papel, si hay interés de verdad en participar va a resultar”* (SSNCETS).

Se ha avanzado mucho en la asociación entre las Seremías y los Servicios de Salud con las OSC, pero debe ampliarse mucho más si se quiere tener una gran cobertura. *“Ha mejorado. De acuerdo a lo que me cuentan, ha cambiado. Creo que hemos avanzado. Falta mucho, creo que falta ampliar hacia las personas con las que hemos tenido conflictos* (SSA).

La Promoción de la Salud en la sexualidad de las personas y las poblaciones es fundamental. Debe haber una intensa relación entre Prevención del VIH/SIDA y las ETS con Promoción, deben reforzarse mutuamente. Se debe tener presente esta asociación en los Planes Regionales de Prevención. *“Lo más importante es la promoción. Debiera haber un día de la sexualidad sana, no del SIDA. La promoción es importante porque los cambios en las personas que ya tienen ciertos hábitos sexuales son menores que entre aquellos que aún no ha adquirido hábitos. En esto estamos invirtiendo más recursos”* (SSA).

Se han logrado aprendizajes mutuos entre el sector de la Salud y las organizaciones para enfrentar la Prevención de la epidemia y para profundizar en los factores que aseguren una mejor gestión del riesgo y en la visibilidad y comprensión de las vulnerabilidades que tienen las diversas poblaciones. *“Aprendizaje conjunto es un elemento positivo, en todos estos años”. Se ha demostrado que es posible incidir desde la sociedad civil en las políticas desde su praxis, aunque ha sido complejo”* (CONASIDA).

Es muy importante la visión que tienen las organizaciones sobre la Prevención del VIH/SIDA y las ETS en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias. Sus experiencias son valiosas y son un recurso fundamental para controlar la epidemia. Es necesario incorporar esa visión en los Planes Regionales Intersectoriales a través de esas organizaciones. *“Es muy importante la participación de los grupos como tales, porque tienen otra visión. Las realidades y experiencias que han tenido son valiosas, especialmente si tenemos un mismo objetivo, como es cortar la cadena de transmisión”* (SSNCETS). *“Los Servicios de Salud no logran lo que quieren en VIH si no están coordinados con las organizaciones. No tienen que estar separados”* (SSN).

^{lxxvii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre las formas de trabajo con las Organizaciones de la Sociedad Civil en el campo de la prevención del VIH/SIDA y ETS:

Son variadas las opiniones de las personas entrevistadas acerca de las relaciones que se han establecido con las Organizaciones de la Sociedad Civil en el campo de la Prevención del VIH/SIDA y las ETS. Algunos/as las califican de buenas y participativas, otros/as las evalúan negativamente. Entre las opiniones positivas están quienes han hecho trabajos y proyectos en conjunto, repartiéndose las tareas, sin que ello genere problemas. *“Si planteamos un proyecto, tiene el apoyo de ellos y va al Servicio. Aquí trabajamos todos en todo, nos repartimos las tareas”* (SSNCETS). *“En general, bien. Incluso tenemos una revista, aunque igual ha habido problemas de relaciones humanos. Al principio teníamos miedo. Pero hemos hecho un buen trabajo, hemos actuado con madurez. Cuando formamos el Comité de VIH/SIDA de este Servicio incorporamos un miembro de Vida Óptima, como representante en el Comité. Allí ellos se enteraban de todo lo que pasaba, como se asignaban las terapias, porque cuando llegaron las terapias no había ningún documento que regulara a quien se las dábamos”* (SSN). *“Trabajamos en conjunto, super coordinado, le prestamos los materiales, le prestamos el teléfono, fax. Desde el servicio se derivó una autorización para que pudiese ocupar estas dependencias, se les paga hasta los pasajes cuando van a reuniones o el vehículo de acá los lleva. Acá en epidemiología si puede hacerlo”* (SSAcon)

En algunos casos se ha generado capacidad de empoderamiento de las organizaciones y han logrado mayor autonomía. *“Estoy muy satisfecho con el trabajo de las organizaciones, ya que se ha hecho de manera participativa e integradora. Además, considero que es bueno que las organizaciones se hayan ‘independizado’ de la SEREMI, ya que uno de los objetivos es que se fortalezcan, empoderen y se capaciten en materia de formulación de proyectos, para que puedan acceder a otras fuentes de financiamiento”* (Seremía5^R).

En otros casos la evaluación es la contrario, porque según los entrevistados son relaciones que han generado dependencia de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en relación a las Seremías en sus regiones. Su autonomía se ve restringida, porque no tienen la capacidad de generar agendas propias, proyectos y actividades que vayan más allá de las impulsadas y financiadas por la salud pública. *“Tienen una dependencia de la Seremi. Eso es algo que tienen que superar”* (Seremía2ªR).

El nivel de involucramiento de las OSC en el trabajo preventivo de la epidemia es variables, las hay con un importante aporte a este tipo de actividad y otras que lo hacen ocasionalmente. *“Existen diferentes niveles de involucramiento de las organizaciones, por tanto hay organizaciones que según su trabajo ‘real’ son más o menos consideradas”* (Seremía5ªR). Algunas organizaciones no tienen continuidad en los compromisos que han adquirido, y frente a ello no es posible establecer mecanismos que les obliga a terminar las actividades iniciadas, porque muchas de ellas tienen carácter de voluntarias. *“Ellas prepararon monitoras para hacer consejería de pares, se prepararon pero nunca más aparecieron las chiquillas y estaban viniendo a hacer consejería a la gente que se iniciaba en el comercio, o sea, todos los ingresos, ellas les hacían una educación, cómo usar el preservativo, algunas técnicas no penetrativas”* (SSMCETS).

Según otros/as las relaciones que se tienen con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) están asociados exclusivamente con los recursos existentes y ligadas a los proyectos, si no existe financiamiento no trabajan. *“Si no hay fondos no hay formas de trabajos. Cuando los hay, se realizan entorno a los términos de referencias, selección de trabajo”* (Seremía RM).

El tipo de relaciones que se establece con las OSC están en gran medida insertas en la política que impulsen los Seremi de Salud y el interés demostrados por los colaboradores y responsables regionales de la Prevención del VIH/SIDA. Si hay desinterés las relaciones serán esporádicas o no tendrán continuidad en el tiempo. La creación de los Consejos Regionales del SIDA, por ejemplo pasan por la voluntad política del Seremi y del tiempo que disponga la persona responsable de la prevención del VIH/SIDA. *“Ahora recién está la solicitud de armar el Consejo Regional del SIDA, no ha habido mucha voluntad del Seremi. La idea es que sea intersectorial y con la sociedad civil. El problema es tengo que hacer muchas cosas, por ejemplo al consejo de los PMG de género, al de juventud, y todo debería ser uno solo... Una sola vez he salido a terreno”* (SeremíaRM).

Desde el CONASIDA se ha impulsado distintos tipos de iniciativas y modalidades de trabajo colaborativo para instalar capacidades en las regiones que permitan el desarrollo de trabajo preventivo, enfatizando la descentralización. *“Primero se partió con un trabajo colaborativo y en conjunto a través de un convenio entre la organización y CONASIDA o MINSAL. Un convenio que de acuerdo a las experticias y a los lineamientos técnicos se aprobaba. Nosotros como CONASIDA hacíamos el monitoreo y acompañamiento. Esto último se hacía en conjunto. Luego se pasó a una fase que se relacionaba con los lineamientos políticos técnicos de cómo instalar capacidades en las regiones para desarrollar el trabajo, con énfasis en la descentralización y el trabajo asociativo local. Se partió en la Región Metropolitana hace 2 a 3 años, es un proceso que ha costado su despegue. CONASIDA sigue participando fuertemente, entendiendo que como proceso no podía ser de otra forma, esto es tanto en la Región Metropolitana como en la V Región. En la V Región se ha avanzado más rápidamente y en la Región Metropolitana la complejidad de los procesos en el campo administrativo ha sido más complicada. Esto también se sincroniza con procesos de la Reforma de la Salud, donde nos encontramos haciendo un traspaso de capacidades técnicas, financieras y administrativas en un momento de reforma y eso ha complicado las cosas. Si embargo, creemos que a partir del 2005 esto se va a resolver porque las autoridades sanitarias van a tener facultades delegadas desde el MINSAL para realizar ellos esto que hacíamos antes nosotros, como son los convenios directos, comprar servicios, contratar a terceros para que desarrollen actividades que son esenciales para la salud pública. Entre estos terceros pueden estar todas las organizaciones”* (CONASIDA).

La relación actual de las Seremías y los Servicios de Salud con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que actúan en el campo de la prevención del VIH/SIDA y ETS.

No todas las instancias de la salud pública que participan de los Planes Regionales y de las actividades de prevención del VIH/SIDA y las ETS tienen relaciones con las Organizaciones de la Sociedad Civil. *“Como CETS no se tiene mucha relación con las organizaciones señaladas”* (SSACETS).

La continuidad del trabajo en prevención del VIH/SIDA de la OSC no siempre es constante, se producen interrupciones que no tienen que ver con los proyectos ni los Planes Regionales, sino con dinámicas internas de las propias organizaciones. Eso produce distanciamiento y cierto nivel de desconfianza en las actividades que a futuro se puedan proyectar. *“No hemos tenido conflictos, pero hemos estado un poco alejadas porque ellas tuvieron problemas y recién están retomando su trabajo; pero después pasa y se vuelve a retomar y con otra mentalidad”* (SSN).

También ha habido conflictos con las organizaciones que han afectado las relaciones que se han establecido, aunque no necesariamente signifiquen un quiebre en la relación. *“Hay un proyecto de consejería participativa que no se ha*

podido llevar a cabo a causa de la falta de espacio. A raíz de esta situación ha habido algunos roces que han afectado las relaciones” (SSACETS).

Con otras organizaciones la relación es francamente mala. *“Si pudieran ya me hubieran demandado, pegado, fue mi bautizo con las PVP (Poblaciones Vulnerables Prioritarias), amenazas, etc. Cosas insólitas. Una mala experiencia” (SeremíaRM).*

Según CONASIDA las relaciones establecidas con las Organizaciones de la Sociedad Civil en el campo de la prevención del VIH/SIDA y las ETS han sido de mutuo crecimiento, con retroalimentación para ambas partes. *“Hemos crecido y nutrido las políticas de prevención en asociatividad con organizaciones y sinergia. A su vez las organizaciones también han recibido el apoyo técnico-financiero para poder desarrollar capacidades que hoy les permiten ser entidades y organizaciones que tienen experticias para aplicar y desarrollar otros modelos. Por tanto, no hemos crecido independientemente. Hay una buena retroalimentación” (CONASIDA).*

El tema de VIH/SIDA convoca a las organizaciones y luego aparecen otros problemas asociados, como la discriminación (CONASIDA).

^{lxxviii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre las fortalezas del trabajo asociativo con las organizaciones de la sociedad civil

Las organizaciones ya son conocidas y se sabe como trabajan. Ello permite definir las actividades que se quiere efectuar y definir con quien trabajar. Muchas de estas organizaciones no van a los Servicios a plantear proyectos y el conocimiento previo permite a los Servicios hacerles propuestas. *“Normalmente nosotros convocamos y como uno piensa que las cosas salgan más fácil, porque ya conocemos a la organizaciones, sabes con quien puedes trabajar. Entonces nosotros guiamos el tema, ¿con quien vamos a trabajar este año? Con esta organización o universidad, porque ya tenemos los contactos listos y como es una cosa que hay que cumplir... no invertimos en trabajar, no estimas trabajar con otras personas. Porque las organizaciones, de lleno, no se acercan a los servicios a pedirte trabajar con ellos, no vienen” (SSN)*

El interés que muestran algunas organizaciones, su capacidad e iniciativa permiten pensar en trabajos colaborativos en la Prevención del VIH/SIDA y las ETS. *“Su interés, tienen iniciativa. Por ejemplo, la celebración del Día Mundial del SIDA de este año, lo manejaron ellos por completo, nosotros fuimos representando no más. A ellos se les entregó el dinero y sacaron una revista, hicieron el espectáculo” (SSN).*

Las relaciones con las organizaciones en general son amigables, hay empatía para trabajar en forma conjunto. *“A mi me encanta trabajar con algunas de ellas. Se trabaja bastante bien, hay una relación amigable” (SeremíaRM).* *“El hecho de conocernos, que sea la persona que trabaja con nosotros,... es muy abierto a colaborar y a no hacer problemas” (SSMC).*

Las organizaciones tienen capacidades instaladas, recursos, experiencia en el trabajo con las Poblaciones Vulnerables Prioritarias. En ese sentido su aporte es innegable. *“Hay habilidades instaladas” (SeremíaRM).*

Es un gran recurso para la Prevención del VIH/SIDA y las ETS en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias el que sectores de estas poblaciones se hayan unido y creado organizaciones, con una agenda propia que incluye la Prevención. Es una fortaleza que las PVP se hayan organizado en torno a un problema de salud que los aqueja, es una ventaja. (CONASIDA).

Es compartida la perspectiva para la Prevención, hay un amplio acuerdo con las organizaciones. Frente al tema de la prevención la mirada es muy compartida. No es un problema. *“Frente al tema de la prevención la mirada es muy compartida. No es un problema. Cuando hay planteamientos de la sociedad civil nosotros estamos receptivos a sus planteamientos. No hay tensiones, dificultades más bien lo conversamos y analizamos” (CONASIDA).*

Es importante la credibilidad que tienen los Servicios entre las organizaciones, su capacidad de convocatoria es mayor y permite que haya una mayor cantidad de recursos dispuestos a trabajar en la Prevención. *“Como Servicio somos bastante creíbles y cuando hacemos convocatorias, la gente llega” (SSN).*

^{lxxix} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre los problemas que se presentan con las organizaciones de la sociedad civil en el trabajo preventivo del VIH/SIDA y las ETS

En términos personales muchas de los/as entrevistados/as expresan que tienen una buena relación con las organizaciones y sus dirigentes, pero que se ven afectadas por situaciones que emergen del propio trabajo de prevención.

Se presentan conflictos que surgen desde el interior de las propias organizaciones, que pasan por las dirigencias. Desde el sector de la Salud ha habido distintas experiencias, con dirigencias que han tenido mucha participación y los proyectos han caminado, pero con otras ha habido múltiples complicaciones, que generan problemas desde ellas mismas.

La escasa incorporación de nuevas personas en las organizaciones y la poca rotación de las que hay crean una expectativa de precariedad en el trabajo futuro. *“Siempre trabajamos con las mismas personas, y si se nos cansa o se aburre, quedamos sin personas para trabajar”* (SSN).

Hay estilos autoritarios y a veces violentos desde dirigentes de la OSC hacia el personal de salud que inhiben un trabajo más intenso y constante. *“A mí me encanta trabajar con la organización, excepto con uno de sus dirigentes, desde que me golpeó la mesa. Hay estilos con los cuales no se puede trabajar”* (SeremíaRM). *“Hay algunas personas a las que les falta educación y tacto”* (SSA).

La precariedad de recursos de las organizaciones y las dificultades internas impiden un trabajo sistemático y la formulación y ejecución de proyectos dentro de los Planes Regionales Intersectoriales. Algunas OSC no tienen local, les falta infraestructura y mobiliarios. En esas condiciones es complicado para el sector salud establecer relaciones de colaboración y actividades conjuntas. *“Están en un local que pertenece a la Municipalidad y les están pidiendo el lugar que ellos han habilitado. Como servicio no nos podemos meter mucho, si tuviéramos un local se lo podríamos pasar en comodato, pero no tenemos. No les podemos solucionar el problema, porque ellos son una organización con personalidad jurídica independiente”* (SSN). *“CONASIDA esta siempre con el norte de cuales son las necesidades de la epidemia y estás no siempre se ajustan a las organizaciones. Hay organizaciones que tienen condiciones precarias, se les entrega recursos financieros, también hay problemas para gestionar proyectos, formulación un proyecto y tener las capacidades necesarias para seguirlo, monitorearlo y evaluarlo”* (CONASIDA).

Las organizaciones que tradicionalmente han existido en la sociedad civil, especialmente las territoriales no tienen ni los intereses ni la flexibilidad para orientar parte de su accionar a la Prevención del VIH/SIDA y las ETS. Esa es una limitante importante en la búsqueda contrapartes de la sociedad civil en la actividades de Prevención *“La estructura de la sociedad civil (es una) estructura vieja, juntas de vecino, club de madres, club deportivos, son muy viejas; andamos buscando grupos juveniles -que son irreconciliables con las más adultos- con organizaciones territoriales para trabajar a través de proyectos, aunque son muy pocos son manejado por los ‘cabros’ de Sidaacción. Esto es una facilidad y contribuye, porque Sidaacción participa en el Consejo del VIH/SIDA”* (SSVSAnt).

Las organizaciones a veces tratan de meterse en la atención a los pacientes, en la parte clínica. Califican a los profesionales en actividades que son propiamente técnicas, médicas, creando malestar y confusión en los pacientes. *“Ha habido muchas descalificaciones respecto a situaciones de control, actividades que son netamente profesionales, en las cuales que no deben involucrarse, es como si yo me pusiera a evaluar el trabajo de un arquitecto”* (SSACETS). *“Desde el punto de vista de la prevención del VIH en base al Vivo Positivo, creo que tiene que tener más respeto a los equipos de salud”* (SSMCETS).

Problemas se producen, en ocasiones, con la salud sexual de las PVVIH que son dirigentes de organizaciones de la sociedad civil o consejeros entre pares cuando ellos mismos no son consecuentes con los comportamientos preventivos que aconsejan y forman parte de la Prevención del VIH/SIDA y las ETS. *“Una de las cosas resistidas en la evaluación que se hizo, fue que los equipos de salud les pidieron consecuencia a los consejeros, que no tuvieran ETS y a ellos les pareció muy mal que les pidieran consecuencia, en esa actitud de lucha en que ellos están, entonces decían, ‘ningún médico tendría que fumar, porque ellos saben que fumar es malo... ningún nutricionista podría ser gordo o ningún funcionario de la salud podría ser gordo, ni fumar...’ ¿Cómo pides consecuencia si ellos también tienen derecho a pedirnos consecuencia?”* (SSMCETS).

La presencia creciente y los espacios alcanzados al interior de los Servicios por las Personas que Viven con VIH (PVVIH) está generando al algunos servicios tensiones con los profesionales de la Salud. En algunos casos estiman que hay un comportamiento abusivo de parte de estas personas y no se establecen cuáles son los límites, derechos y responsabilidades que tienen pacientes profesionales. *“A nivel ministerial se ha hablado mucho de los derechos de los pacientes, pero dónde quedan los derechos de los funcionarios de Salud y cuáles son los deberes de los pacientes, que se relacionan con la reciprocidad de acceder al autocuidado, No se puede hacer cargo al Servicio, a la funcionaria, de que porque soy VIH hay que dar prioridad. Por ejemplo, cumplir horarios. El VIH se ha prestado para darle la prioridad como una discriminación positiva, donde se ha hecho una utilización de beneficios. Esto produce desigualdad con otras enfermedades, diabetes, cáncer; se produce entonces un desequilibrio”* (SSVQ). *“Genera dificultades al interior de los Servicios el poder y el espacio que están ganado las organizaciones. A Salud nos cuesta que nos exijan desde afuera, cuando desde el punto de vista de la autoridad de salud pública uno es la persona que está tirando las líneas y planteamientos de salud y cuando tienes pares con fundamentos, antriretrovirales. Por tanto se reconfigura la relación. Hay distintas querellas sobre maltratos, derechos de los pacientes, reclamos de las organizaciones sobre problemas de atención. Esto es un obstáculo para salud. Y hay que hacer un equilibrio”* (SSVQ). *“Las organizaciones que están trabajando en esto tienen mucho poder, y eso ha sido malo, para ellos y para nosotros, porque entran en competencia, no hay colaboración. Uno las ve como una amenaza, si te van amenazando a cada rato, que las demandas, que Ud. me lo tiene que hacer, Ud. es una simple*

funcionaria. Entonces uno también tiene el poder de decir quien atiende y a quien no. Eso es difícil, el problema de las confianzas es difícil” (SSMCETS)

Genera molestias entre profesionales y funcionarios de la Salud que miembros o dirigentes de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) hablen acerca de los Servicios para descalificarlos o criticarlos sin tener conocimiento de los mismos ni haber participado en actividades conjuntas. *“A mí me molesta cuando voy a las reuniones y te hablan de ‘los servicios de salud son...’, sin conocernos, nunca han venido a los servicios, y dicen ‘nosotros la sociedad civil...’ y yo les digo ‘si yo no uso uniforme’. Eso hace que se produzca un rechazo... yo les digo, ‘no hablen de los Servicio de Salud si no saben lo que nos pasa a nosotros’. Te descalifican y eso produce anticuerpos y uno dice, si nosotros trabajamos el tema y también somos discriminados, ‘quédate tú con tus sidosos’, etc. Hay servicios en que si el director es bueno onda con el tema y tú tienes rechazo a nivel de todo el mundo... (SSMC).*

Las tensiones y conflictos que se producen con las organizaciones muchas veces tienen que ver con una ausencia de formalidad en las relaciones. Se entremezclan relaciones de solidaridad, simpatía, con relaciones de trabajo, que requieren una mínima formalidad. El trabajo conjunto en proyectos y Planes Regionales implica responsabilidades, derechos, obligaciones y experticias de cada una de las partes. Lo que no siempre queda claro. *“Hay problemas con el estilo de ciertas agrupaciones. Tenemos que ser más formales en el trabajo” (SSA).*

Existe, en algunas ocasiones, en las que se ha generado un ambiente de desconfianza entre las organizaciones y el sector de la Salud, que lleva a actuar de manera defensiva a los dirigentes y personas de las organizaciones, produciéndose tensiones. *“Las personas de las agrupaciones están a la defensiva, sospechan de uno” (SSA).*

Algunas organizaciones son bastante exigentes, piden fundamentalmente participación en los Planes Regionales Intersectoriales y en la asignación de los recursos, especialmente los que tienen su origen en el Fondo Global. Esto se puede interpretar como un comportamiento conflictivo de parte de los dirigentes y las propias OSC hacia las instancias y profesionales de la salud. *“Las organizaciones exigen participación desde el comienzo, esto significa desde que se empieza con la planificación y se destinan los presupuestos, lo que es altamente valorado por las personas de las OSC” (Seremía5ªR).* *“Las organizaciones de personas viviendo con VIH, al partir de esa cosa combativa tienen un handicap en contra. Hay que trabajar para revertir eso” (SSMCETS).*

La distribución y uso de los recursos financieros que tienen su origen en los Planes Regionales y proyectos de prevención es otra de las fuentes de conflictos entre y al interior de las organizaciones. Algunas organizaciones se presentan como si fuesen la autoridad para la distribución de tales recursos. En algunos casos el manejo de los dineros no es lo suficientemente transparente y las rendiciones de cuentas son incompletas. *“Las agrupaciones tenían muchos conflictos entre ellos por temas de platas. Este año se amplió el llamado para los proyectos. Yo sentía que las agrupaciones se sentían dueñas de esos fondos. Fue necesario hacer un concurso transparente (de los fondos) para evitar conflictos. Antes venían a reclamar acá o a la Seremía” (SSA).* *“Pero siempre hay problemas en las alianzas. El problema más grande de estos proyectos es el manejo de plata. Las platas llegan desde la CONASIDA o desde la Seremía, hay que hacer convenio con las organizaciones y se entrega toda la plata a las organizaciones. Se hace un convenio y ellos son libres de manejar sus dineros como corresponde, entonces de repente se hace un poco difícil el tema financiero de los proyectos” (SSN).* *“Nosotros cometimos la ingenuidad de traspasar una cantidad grande de dinero a una organización y se les perdió. Hay procesos de aprendizajes, ahora hay una definición de riesgo para las organizaciones, por lo que se tiene que ir traspasando los recursos de a poquito, y en la medida que se van cimentando las cosas, se puede ir traspasando más recursos. El tema es que hay que ir aprendiendo a trabajar juntos” (CONASIDA).*

Ha sido difícil hacer triangulaciones entre instituciones públicas y las organizaciones para movilizar sus propias capacidades. *“No hay un trabajo asociado a nivel político gubernamental. Se sabe de convenios que, independiente de CONASIDA, se ha hecho. Un ejemplo de ello, es el MUMS con CONACE o Vivo Positivo que mantiene temas con SERNAM. No hay un trabajo asociado a nivel político gubernamental” (CONASIDA).*

Las organizaciones ejercen presión sobre los funcionarios que están a cargo de los recursos financieros y su destino. En ocasiones les resulta difícil comprender que cuando se hacen concursos se requiere tener capacidades mínimas que les permitan competir en ellos. Especialmente si se hace licitaciones públicas, porque se pueden presentar organizaciones o empresas que no pertenecen al mundo de las OSC que tradicionalmente han participado en tales licitaciones. *“Hay un control social desde las organizaciones, pero hay problemas sobre todo de las platas. Estoy de acuerdo que hay más habilidades instaladas pero hay que demostrarlas, con currículo, hacer procesos para definir a quien comprar el servicio” (SeremíaRM).* *“El tema del cobro significa lucha de poder, eso no se veía, y ha significado una competencia. Todo se traduce en plata. Yo sería partidaria de que se le pagara a un par de personas bien formadas que hicieran réplicas para sus pares y no estar pagando un poco acá otro poco allá” (Seremía2ªR).*

Se presentan dificultades y atrasos en el ámbito administrativo con las organizaciones, pero pese a ello las relaciones de CONASIDA con las OSC son aceptables y sanas. *“La relación es sana en el sentido que tenemos conflictos, tensiones, pero vivimos conversando. No cortamos cuando hay conflictos, lo que pasa es que se alargan los plazos*

para la toma decisiones y seguir los trabajos. El sistema administrativo del Ministerio de Salud dificulta las relaciones porque llegamos a acuerdos y no se pueden realizar en los plazos establecidos. Son ritmos distintos respecto a la sociedad civil. Hacemos lo posible pero muchas veces nos quedamos atrapados y provocamos intermitencia en los trabajos” (CONASIDA)

La formación de monitores para el trabajo entre pares no siempre terminan en la prevención del VIH/SIDA y ETS entre de pares, sino que se orientan a otras poblaciones que no estarían preparadas para ello y tratan cuestiones que generan conflictos, como la validez de la opción por la homosexualidad. *“El 2002 tuvimos problemas, porque terminaron trabajando con jóvenes el concepto de la validez de la opción de la homosexualidad. No estamos preparados para eso. Ni siquiera es fácil tocar el tema de la sexualidad heterosexual. Provocó mucho rechazo que fueran a validarse ellos, lo que significó una carta de protesta desde la dirección del establecimiento y también de la Seremi” (Seremía2ªR).*

^{lxxx} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre las Organizaciones de la Sociedad Civil y el trabajo de prevención focalizado en Hombres que tienen sexo con hombres

Desde CONASIDA se ha intentado establecer criterios esta OSC en relación a la prevención y atención del VIH/SIDA y las ETS. Desde CONASIDA se ha planteado el que desde VIVO POSITIVO se, desde VIVO POSITIVO se habría señalado que desean participar en la Prevención primaria no sólo a las PVVIH. *“Existen problemas fundamentalmente y diversos con las organizaciones VIVO POSITIVO. Quieren hacer prevención primaria y desde CONASIDA se les dice que ellos deben orientarse a hacer prevención secundaria y la adherencia con sus pares. “Si bien parece haber acuerdos entre CONASIDA y VIVO POSITIVO de que éstos últimos son quienes deben trabajar la prevención secundaria y la adherencia, lo que se ve es que ellos quieren trabajar la prevención primaria. CONASIDA estima que son las organizaciones de PVVIH quienes deben trabajar la prevención secundaria y la adherencia: ‘si no trabajan las organizaciones de personas VVIH quien lo va a hacer’. Es una (postura) tema que nosotros no entendemos, porque la prevención empieza por casa, entonces cómo no van a preferir destinar los recursos de que disponen a sus pares, sabiendo que son los únicos que pueden llegar a ellos, pero prefieren llevarse esos recursos a la población en general” (CONASIDA).*

Desde CONASIDA se estima que la validación de las organizaciones VIVO POSITIVO pasa por el trabajo que éstas puedan hacer en Prevención primaria, y parte de una estrategia para lograr aceptación social. Pero para CONASIDA ella no ayudaría precisamente al control de la epidemia ni al mejor abordaje de las PVVIH. *“Lo que plantea el VIVO POSITIVO es que buena parte de la validación social de sus organizaciones pasa por el trabajo que puedan hacer en prevención primaria; el trabajar la prevención primaria pasa a ser una estrategia para lograr la aceptación social de las organizaciones de PVVIH. El hecho de que las organizaciones de PVVIH se pongan al servicio de otras poblaciones (población en general) le hace un flaco favor a la epidemia y al tema del SIDA en este país. Se contraponen a lo que CONASIDA piensa: que las regiones trabajen en lo que le pide CONASIDA y que las organizaciones de PVVIH privilegien el trabajo con sus pares en prevención secundaria y adherencia y no que trabajen la prevención primaria. Sin embargo, es una definición que hacen ellos mismos”. CONASIDA ha hecho una definición súper clara: a CONASIDA le interesa que las organizaciones de PVVIH trabajen en prevención secundaria y adherencia con otras organizaciones de PVVIH, no nos interesa que trabajen en prevención primaria. Hemos dado las señales de que hay que fortalecer las alianzas entre los equipos de salud y la organizaciones de PVVIH y que es indispensable que se trabaje eso juntos. Y eso no pasa por la autoridad sanitaria o por los Planes Regionales de Prevención. Sin embargo, hay una movilización local muy fuerte que definen que quieren trabajar en prevención primaria. Nuestros lineamientos van por otro lado, sin embargo. Esa es una discusión que está en curso. Nosotros hemos sido súper claros con ellos, sin embargo el planteamiento que hay es que las organizaciones de base lo quieren. Yo creo que hay que buscarles un espacio real de validación que yo creo que está. Hoy día, el monitoreo de la ley de L SIDA deberían hacerlo las organizaciones. CONASIDA tiene claro en lo que necesitamos que ellos hagan. Ahora, hay una autonomía a partir de la cual deciden. Pero hay un acuerdo con las autoridades regionales: que esos son los énfasis que nos interesan. Es un tema que analizamos con los SEREMIS” (CONASIDA).*

Según CONASIDA el gran desafío pasa por una voluntad política de VIVO POSITIVO de sustraerse a la prevención primaria, y por otra la relación que establece con ASOSIDA en regiones *“Yo no tengo tan claro que esté la voluntad política, y ese es mi problema. Por un lado no creo que el VIVO+ tenga la voluntad política de sustraerse al trabajo de prevención primaria. Por otra parte no creo que ASOSIDA tenga una voluntad política real de que aparezca en regiones. Por eso es que hemos abierto la posibilidad de un trabajo alternativo” (CONASIDA).*

Pero no todas las organizaciones de Personas Viviendo con VIH (PVVIH) quieren pertenecer a VIVO POSITIVO y las hay que no pertenecen, y otras que tampoco quieren ser parte de ASOSIDA. Aunque se ha creado un clima que lleva pensar que si su OSC está en VIVO POSITIVO o en ASOSIDA puede trabajar con CONASIDA, pese a que varias organizaciones de la sociedad civil no se sienten representadas ni por VIVO POSITIVO ni por ASOSIDA.

“Las Organizaciones no se sienten bien representadas, esto lo vas encontrar en la V región. Es así como para este año se deben dejar ‘camino alternativo’ para organizaciones que sean validadas en un escenario local y que estén en la situación de no sentirse representadas ‘por’, y darle espacio para que efectivamente puedan trabajar junto con CONASIDA, porque en cierta medida nosotros los hemos condicionado: ‘si Ud. está en VIVO POSITIVO o ASOSIDA puede trabajar’, y eso no es justo, porque hay organizaciones que no están ahí y están trabajando bien, y hay que darles un espacio y eso lo vamos hacer desde este año (2005). Pensamos que esa es una estrategia que va a poder abrir el abanico y permitirá que aparezcan organizaciones y que tengan un espacio viable, organizaciones que hoy están desarrollando un trabajo efectivo” (CONASIDA).

Desde las regiones y las Seremías se mira con recelo la asociación entre CONASIDA y VIVO POSITIVO, porque esta última aparece condicionada en la definición de sus políticas y en el destino de los recursos. Desde CONASIDA se reconoce que esa es una atención, especialmente el distinguir entre el trabajo el componente de Atención y el Prevención. *“La asociación CONASIDA y VIVO POSITIVO se enmarca en un ‘componente’ del proyecto del Fondo Global, pero en el componente de Atención, no en el de Prevención. Hay que aprender a vivir juntas. En los Planes hay recursos que se ponen a disposición de la autoridad sanitaria a nivel local, para que definan su plan, qué van a hacer y con quiénes. Las Poblaciones Vulnerables Prioritarias tienen su propio presupuesto. El área de pelea es ahora en los Planes Regionales, es en el trabajo en prevención primaria que tenemos definiciones distintas” (CONASIDA).*

En algunos Servicios estiman que las organizaciones de PVVIH son las más adecuadas para trabajar con la Poblaciones Vulnerables Prioritarias y establecen vínculos con ellas para formular proyectos y ejecutarlos. Pero antes de trabajar con esas organizaciones algunos/as profesionales estiman conveniente establecer lazos de confianza, o sea que los dirigentes y sus organizaciones les muestren que son capaces de asociarse en proyectos y llevarlos adelante. Inicialmente hay una cuota de desconfianza, que debe desaparecer para establecer asociatividad. La pregunta que se plantea es frente a este tipo de acercamiento es ¿Cuánto de esa desconfianza es discriminación? *“Todavía no lo hemos hecho, porque se tienen que crear lazos de confianza, ellos en mí y yo en ellos, yo los he estado probando y ellos a mí. No es fácil, porque se relacionan varios sentimientos. Este año, después de dos años que yo he estado, vamos a estar maduros para hacer algo... que ellos presenten un proyecto” (SSO).*

Las relaciones que las Seremías y los Servicios de Salud con VIVO POSITIVO en la focalización hacia Hombres que tienen sexo con hombres y PVP en general están marcadas por controversias experiencias que han llevado a tensiones. Desde regiones y Servicios de Salud se ha entendido que, especialmente a partir de los Planes Regionales Intersectoriales en el año 2000, la orientación nacional es que el trabajo con las Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP) debe hacerse con organizaciones que están asociadas a VIVO POSITIVO. *“Antes nos asociábamos con organizaciones que querían tener un trabajo con nosotros y que apuntaban a un diagnóstico local. Ahora el Ministerio impone que deben estar los grupos de Vivo Positivo, cosa que antes no era así. Desde hace tres años es necesario aliarse con Vivo Positivo. Desde 1999 es así. Esto debilitó el trabajo con otras organizaciones. Ese año teníamos una red de 54 organizaciones. Hoy no hay más de nueve organizaciones. Las de Vivo que se han ido disgregando. Esto hace que no tengan mucha credibilidad ante la sociedad civil. Salvo una, que es Nueva Aura, no los reciben” (Seremía2ªR).*

Equipos de salud, en distintas Seremías y Servicios son reacios a trabajar con VIVO POSITIVO, por el tipo de relaciones que se ha dado entre la organización y el sector de la salud pública, pese al reconocimiento que tiene. *“Yo acabo de ir a un taller a Cuncumén, por primera vez que participo con ellos, con Vivo Positivo, pero yo creo que eso es algo que hay que potenciar. Porque los equipos de salud son reacios a participar con ellos. Yo creo que todo tiene su génesis. Vivo Positivo y los consejeros antiguos iban en son de guerra, buscando derechos, buscando oportunidades, buscando terapia, entonces fueron muy demandantes y muy peleadores, entonces por supuesto que crearon resistencias. Y en este momento tienen problemas, porque no saben en qué condición quedan, si pasan a formar parte de los equipos de salud como consejeros establecidos con una coordinación, ellos tienen mucho temor de perder ese encanto de la lucha. Y los equipos de salud no se han dado el tiempo de conocer a la gente. Vivo Positivo ya tiene el cartel y punto” (SSMCETS).*

Según algunos/as la presencia de organizaciones de PVVIH asociadas a VIVO POSITIVO en distintas regiones ha impedido la creación y/o fortalecimiento de organizaciones homosexuales que trabajen con sus pares en los proyectos de HSH, la homofobia existente es una de las razones para que ello sea así. *“Ellos van como Vivo Positivo. No hay organizaciones gay. Prefieren no expresarse públicamente. Crealuz es una organización de carácter cultural. La presidenta es lesbiana y hay homosexuales, pero no se definen como organización gay. A ellos les complicaría más aparecer como tal, por la cultura de la región. La comunidad no está preparada para dar espacio a grupos de minorías sexuales. Ellos trabajan el tema desde la prevención” (Seremía2ªR).*

Se señaló que su comportamiento genera conflictos y tensiones en las actividades de prevención. *“Existen una serie de problemas con el VIVO POSITIVO, por ejemplo que no tienen una representación real en la región, pero que sin*

embargo esgrimen derechos. Además señala problemas judiciales respecto al uso de los recursos con organizaciones asociadas a la red del VIVO POSITIVO. Entre muchas de las organizaciones de la sociedad civil existe la lógica de ‘repartirse el chancho’, lo que genera conflictos y les quita la legitimidad para pedir financiamiento” (Seremía5ªR).

^{lxxxix} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre las Organizaciones de la Sociedad Civil y el trabajo de prevención focalizado en Trabajadoras/es Sexuales

Algunas de los proyectos focalizados en trabajadoras sexuales han contado con el apoyo de empresarios y dueños de locales nocturnos. En general, la opinión escuchada sobre dueños de locales es que apoyan las acciones en que se les solicita colaboración. *“En el último tiempo, los dueños de los prostíbulos se han mostrado muy interesados en participar de este tipo de intervenciones, también han dejado de proteger a las trabajadoras sexuales que no se controlan, a quienes, por ejemplo, protegían cuando iban carabineros”* (SSACETS).

Las propias trabajadoras sexuales y algunas organizaciones que las agrupan, también se han involucrado en proyectos, con ello se habría aumentado la cobertura de control de las trabajadoras sexuales. *“En la 12ª Región ha habido colaboración entre equipos de salud y las propias trabajadoras sexuales que están en control. Están haciendo un acercamiento para conocerse en los temas SSR y VIH, pareciera que tienen una perspectiva sustentable. No han sido evaluados. Hemos tenido, como resultados previos, el aumento de la cobertura del control”* (CONASIDA).

En la 2ª Región, hace algunos años, se ejecutaron proyectos con la participación de trabajadoras sexuales. Pero la organización se desarticuló y desapareció. *“Las trabajadoras sexuales y las trans que llegan, lo hacen a través de las agrupaciones que trabajan con nosotros, no tienen agrupaciones propias”* (SSA). *“Se repiten los usuarios. No hay un aumento de adherentes a las organizaciones ni de nuevos actores que pudieran potenciar el trabajo de las organizaciones. Las coberturas de los proyectos son pequeñas, porque aún hay temor a visibilizarse como PVP. Hay un tema de tiempo. Trabajan de noche y en el día duermen, piden que se les pague por el tiempo que dedican a su participación en proyectos”* (Seremía2ªR).

Las organizaciones que han hecho de contraparte de los Servicios de Salud y CETS en los proyectos focalizados en Trabajadoras/es Sexuales han sido principalmente la Fundación Margen y el Sindicato Ángela Lina. Las opiniones sobre ambas organizaciones indican la precariedad de éstas, los problemas de sustentabilidad que presentan y las disputas internas. *“Trabajé con la Fundación Margen, antes que se disolvieran. La Fundación Margen se desprestigió en un momento, no quiso hacer un proyecto y se disolvió, pero ahora están de nuevo...”* (SSMC). *“Con la Fundación Margen, hasta el año pasado trabajamos bien. Pero ahora, yo creo, para mí la Fundación Margen es una cosa medio virtual, yo he visto dos o tres personas trabajando no más y no creo que una institución la hagan dos o tres personas, entonces este año no hemos trabajado con ellas. ... La relación con Margen era buena, pero no sé si es efectivo lo que ellas hacen. Ellas aquí formaron a 9 o 10 monitoras para hacer consejería de pares, se prepararon, pero nunca más aparecieron las chiquillas, nunca hicieron una réplica, no estuvieron viniendo... Nosotros tenemos un lugar para educación, les dábamos las facilidades para que vinieran y no vinieron”* (SSMCETS). *“Bien, no hemos tenido conflictos. Con Margen hemos estado un poco alejadas porque ellas tuvieron problemas y recién están retomando su trabajo. Lo que pasa con las organizaciones es que uno está trabajando muy bien y algo quiebra el tema, y tú te alejas, pero después pasa y se vuelve a retomar y con otra mentalidad”* (SSN).

Salvo el Sindicato Ángela Lina, no se menciona a otras organizaciones de Trabajadoras/es Sexuales vigentes actualmente, pese a que la cantidad de personas atendidas en los CETS rondaría las 6.000 personas (CONASIDA). *“Aquí se controlan 950 personas, es el centro más grande de Chile. No tienen organizaciones, muy pocas están sindicalizadas. Con el sindicato tenemos contacto, la Elisa Dentone nos trae gente, nosotras la atendemos, pero no tienen trabajo aquí. Ellas piden ayuda no más, no hacen nada más”* (SSMCETS).

No ha sido fácil, en algunos casos la relación con el Sindicato, por los conflictos internos y las relaciones que se establecen con sus dirigentes. *“El problema con Ángela Lina, ha sido de ellas, hubo conflictos entre ellas mismas. El proyecto que teníamos con ellas se cambió a otro objetivo, ya no es con ellas, se dio a otra temática. Se hizo todo lo que correspondía (sesiones, docencia), y de pronto se paró. ...Los conflictos son al interior de las propias organizaciones, que pasan por las dirigencias. Hemos tenido distintas experiencias, con dirigencias muy buenas, que ha habido mucha participación, aceptable, los proyectos han caminado, pero hay otras que son complicadas, que generan problemas desde ellas mismas. Si no existe coordinación entre los dos, entonces poco se puede hacer... Lo que pasó con el Sindicato fue que, habiendo trabajado muchas veces con ellas, de repente por una situación entre ellas, de si eran sindicato, si eran Margen, etc. entonces esa falta de acuerdo entre ellas, generó una decisión en que nosotros quedamos plop”* (SSNCETS).

^{lxxxii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre las Organizaciones de la Sociedad Civil y el trabajo de prevención focalizado Personas Transgénero

“Con Traves Chile, Caleta Sur, se trabajó el tema de monitoreos entre pares, y se está haciendo un mapeo en la población, pero se gastaron la plata y no la rindieron. Lo que tengo de una rendición es una acusación del Juzgado X, estamos hablando de un millón y tanto, y no se ha entregado la segunda cuota. El proyecto no se pudo ejecutar con Traveschile. Es un proyecto de aprendizaje, con monitoras, pero no fueron a clases” (SeremíaRM). “Me he llevado bien con las organizaciones, excepto con TravesChile, que si pudieran ya me hubieran demandado, pegado” (SeremíaRM). “No tengo una buena opinión de TRAVES Chile-Valparaíso como organización, ya que la forma en que se han constituido no da confianza: la dirigencia de TRAVES es muy ‘dura’. Algunas de sus dirigentas actúan como proxenetas de casas de comercio sexual de travestis. Las dos más fuertes líderes de las transgénero son dueñas de casas donde se ejerce el comercio sexual de transgéneros; una de ellas está vinculada al tráfico de drogas y a un homicidio. La gente transgénero se ha ‘lumpenizado’, y la marginalidad es una de sus características. Estas líderes no tienen ningún escrúpulo en aprovecharse de ciertos fondos destinados a la prevención de PVP” (Seremía5ªR).

Sería necesario intervenir, de alguna manera, para detener los malos usos de los recursos destinados a la Prevención de la Población Transgénero y eso pasaría por investigar las situaciones más conflictivas que se han presentado, pero una intervención de este tipo que incluya también a las organizaciones cuestionadas no se ve como posible. *“Da la impresión de que existiría cierto pudor entre las autoridades de gobierno de cuestionar a dirigentes de las travestis, ya que se considera ‘políticamente incorrecto’, toda vez que es fácil que se les acuse de discriminación al generar cuestionamientos de los travestis. Así, ciertas realidades, temas y enfoques pasan a ser tabú” (Seremía5ªR).*

Hay proyectos que se observan como auspiciosos, han sido más sustentables y con Organizaciones de la Sociedad Civil de la Población Transgénero en su ejecución, que habrían logrado instalar el tema de la diversidad en la comunidad; pero no se han evaluado aún. *“Hay trabajo interesante de Traves Navia que es lo más sustentable, porque han trabajado con consultorios la comuna de Cerro Navia, y han logrado instalar el tema de la diversidad desde una perspectiva de la vivencia cotidiana. Con fondos de CONASIDA descentralizados en la Seremi de Salud. Es un trabajo que no hemos evaluado” (CONASIDA).*

Otro de los temas que genera dificultades en el acceso a la Población Transgénero y problemas en la Prevención del VIH/SIDA y ETS está asociado al alcohol, consumo y tráfico de drogas y a la violencia. *“Hay temas complejos asociados como son alcohol y drogas, tráfico y violencia” (CONASIDA). “La relación que existe de las travestis con el consumo de drogas es algo que se ha querido investigar, pero para lo cual no hay plata” (Seremía5ªR).*

^{lxxxiii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre la asociatividad con las Organizaciones de la Sociedad Civil

Son diversos los desafíos planteados desde las Seremías, Servicios de Salud y CETS con las Organizaciones de la Sociedad Civil, entre ellos:

Avanzar teniendo presente la realidad nacional y local. La Prevención del VIH/SIDA y las ETS están insertas en la sexualidad de la población, sus prácticas, creencias, religiosidad. Los tiempos deben definirse teniendo presente este contexto. *“El Servicio de Salud se caracteriza por tener bastantes problemas con el manejo de la sexualidad y de la prevención y del uso del condón. Tuvimos problemas con la píldora del día después, así es que hay que ir piano piano” (SSO)*

Incorporar a los equipos de atención primaria en la Prevención. Desde allí es más fácil trabajar con la comunidad y reconocer a las organizaciones existentes, algunas de las cuales han colaborado en los diagnósticos de salud de sus respectivos barrios o poblaciones, para involucrarlas en los Planes Regionales Intersectoriales de Prevención del VIH/SIDA a través de los Planes locales. *“Abrir el tema hacia la atención primaria, entregar el tema de la prevención a los equipos de atención primaria. De acuerdo con el nuevo modelo, el tema de trabajar con la comunidad tiene más expectativas, habría que bajar la prevención a la atención primaria. Dentro de la comunidad y de los consultorios ya hay organizaciones, centros de madres, que participan en los diagnósticos de salud, en los centros de salud” (SSN). “Las poblaciones vulnerables están insertas en la comunidad, si trabajas con la comunidad, siempre vas a encontrar grupos vulnerables y vas a llegar. Desde allí puedes comenzar a organizarlos. Hay que enganchar al resto de la comunidad en estos temas. La prevención podría funcionar mejor si la comunidad participara más en trabajos conjuntos con los grupos vulnerables” (SSN).*

Asociar los proyectos de prevención a las organizaciones de las Poblaciones Vulnerables Prioritaria incorporándolas y haciéndolas partícipes de tales acciones. Los Servicios deben actuar de manera conjunta con las organizaciones en la Prevención. *“Exigimos que todos los proyectos estén asociados con una agrupación. Un servicio no podría ganarse un proyecto si no se asocia con una agrupación” (SSA).*

Exigir la máxima transparencia en el uso de los recursos para la Prevención, tanto de parte de las Seremías, Servicios de Salud como Organizaciones de la Sociedad Civil. *“Hay que seguir en el tema de la transparencia” (SSA). “Tienen que hacerse público los llamados a acuerdo. Debe existir un proceso de acreditación” (SeremíaRM)*

Enfrentar el problema de los prejuicios y la discriminación en relación a las Poblaciones Vulnerables Prioritarias, sus organizaciones y dirigentes para que la Prevención logre sus objetivos. *“Hay un tema importante en relación a los prejuicios. Hay resabios de complicaciones anteriores”* (SSA).

Buscar formas para que las organizaciones resuelvan sus conflictos internos sin afectar los compromisos que han asumido en relación a la Prevención y al uso de los recursos asignados para tales actividades. *“Hay peleas entre ellos mismos”* (SSA).

Formalizar más las relaciones entre Seremías y Servicios de Salud con las organizaciones, pese a existir generalmente un clima de cooperación amistoso se debe establecer mecanismos formales que establezcan responsabilidades, obligaciones y derechos de ambas partes. Así se evitará parte de los malos entendidos y conflictos que se producen con las OSC (SSA).

Establecer una sola voz oficial en la relación institucional entre la Seremías y los Servicios con las organizaciones, que defina los términos de los acuerdos y el interlocutor final. *“Una cosa importante en nuestro equipo es la decisión de que la voz oficial soy yo en el tema de los proyectos. Esto le da formalidad y nos sirve, porque también nos agarrábamos del moño. Los problemas los hemos conversado, ya no se toman decisiones aisladas”* (SSA).

Incorporar más Organizaciones de la Sociedad Civil. Es insuficiente el número de OSC que participa de las actividades de Prevención de los Planes Regionales. Hay algunas organizaciones importantes en las ciudades más grandes de la II, V, VIII Regiones y Región Metropolitana, pero no sucede lo mismo en las más pequeñas así como tampoco las hay de importancia en las otras regiones. Se hace necesario buscar más organizaciones, fortalecerla y ayudar a crearlas. *“Todo el proceso que viene es delicado, las organizaciones hasta ahora lo han hecho bien, pero no hemos buscado más organizaciones”* (SeremíaRM).

Saber qué se pide a los proyectos. Es necesario en el contexto de los Planes Regionales y de los objetivos propuestos se debe señalar indicar que los proyectos de Prevención deben precisar sus objetivos, procedimientos, recursos técnicos y pedagógicos a utilizar, metodologías, justificación de la cobertura y del uso de los recursos con precisión, mecanismos de evaluación con indicadores que indiquen los avances logrados.

Clarificar las metodologías para los recursos. *“En los términos de referencia, por ejemplo nunca van las formas de rendición. Hablando de las platas nacionales para PVP que no se ejecutaron el año 2004, no sabemos que vamos a hacer porque hay que rendirlas en diciembre del 2004”* (SeremíaRM).

Mejorar los procedimientos administrativos, y disponer de mayores recursos. *“El conflicto está en la administración, porque ha sido un aprendizaje muy lento desde CONASIDA. Falta personal para administrar las platas y los proyectos en las Seremías”* (SeremíaRM).

Construir redes con las organizaciones a nivel nacional, regional y local (Seremía5ªR).

Difundir con mayor rigurosidad los diagnósticos que se han hecho respecto de la situación del VIH/SIDA en el país, la región y los municipios. *“Con el objeto de que todos logren conocer los diagnósticos epidemiológicos, y los distintos cruzamientos que se han logrado hacer (hasta el nivel de) comunas, sexo, edad, etc.”* (Seremía5ªR).

Hacer visibles los problemas que se presentan con la sociedad civil y sus organizaciones en la Prevención del VIH/SIDA. *“Los temas más complejos tienen que ver con las relaciones establecidas con la sociedad civil, con estos temas que están apareciendo, porque lo complejo es que son fenómenos poco visibles y que van creciendo”* (CONASIDA).

Involucrar a los actores de la sociedad civil en los Planes Regionales y locales a pesar de sus limitaciones, buscando puntos de encuentro. *“El trabajo de prevención no es concebible si no están los propios actores involucrados trabajando a pesar de sus conocimientos y aprendizajes y logrando el punto de encuentro en los puntos técnicos y las metodologías de trabajo”* (CONASIDA).

Favorecer que las organizaciones se asocien entre ellas. *“Es una estrategia que empezamos a trabajar en el año 98 y ha funcionado y permitido que crezcan”* (CONASIDA).

Mantener el trabajo asociativo, reencantar y orientar nuevas líneas que permitan salir del punto de saturación actual. *“(La cuestión es) como mantenemos el trabajo asociativo, porque creo que se puede agotar -tanto los equipos humanos como también las estrategias implementadas-. Las evaluaciones y sistematizaciones pueden reencantar y orientar nuevas líneas que te permitan salir de un punto de saturación que hemos llegado con estrategias, modelos y equipos”* (CONASIDA).

Aprovechar el potencial que tienen las OSC para la Prevención. *“Hay un potencial y suficiente fuerza desde organizaciones como SIDAACCION, MUMS y VIVO POSITIVO que han demostrado una capacidad interesante para incidir en políticas públicas”* (CONASIDA).

Seducir a otras instituciones del sector público y al propio gobierno en el trabajo asociativo para la Prevención del VIH/SIDA con las Organizaciones de la Sociedad Civil en la Prevención. *“No solo desde el MINSAL sino también desde la sociedad civil para instalar políticas públicas. Hay que mirar como podemos ampliarnos con otros sectores de gobierno y organizaciones que han asumido el tema”* (CONASIDA).

Hacer un catastro de las organizaciones de la sociedad civil que están incorporadas en acciones de Prevención del VIH/SIDA y las ETS a nivel nacional, regional y local como parte de los Planes Regionales. *“Lo primero sería actualizar el catastro de las ONGs que se dedican al tema. No tenemos catastro. Teníamos pero hace tiempo que no se actualiza”* (SSN). *“No nos conocemos, así es que tendríamos que conocernos primero”* (SSO).

^{lxxxiv} La Información tiene su origen en el Catastro de proyectos de prevención del VIH/SIDA y ETS focalizados en las poblaciones vulnerables prioritarias en el período 1998-2003.

^{lxxxv} Estas recomendaciones han sido hechas desde el Equipo de Sistematización.

^{lxxxvi} Recomendaciones hechas desde la Sistematización

^{lxxxvii} Esta sección fue elaborada a partir de las siguientes fuentes: Sistematización, versión final de enero de 2005; Catastro de Proyectos focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias 1998-2003 (Evaluación); Información epidemiológica entregada por CONASIDA. 2004; Chile 1999-2000 Cuentas Nacionales, CONASIDA/SIDALAC. 2002; VIH/SIDA y Derechos Humanos: El presupuesto público para la epidemia en Argentina, Chile, Ecuador, México y Nicaragua. 2004; Presupuestos Públicos en la lucha contra el VIH/SIDA. 2004 (estudio que corresponde a la base del capítulo Chile del documento anterior); Información presupuestaria aportada por CONASIDA.

^{lxxxviii} Sobre financiamiento del sector privado a la prevención del VIH en PVP **Ver Anexo XXX**

^{lxxxix} *“La sustentabilidad la hemos pensado desde el 2000 en salud. Se ha trabajado con compromisos de gestión y progresivamente se han ido incorporando en los Planes Regionales Intersectoriales la focalización de poblaciones más vulnerables de VIH/SIDA de acuerdo a la realidad epidemiológica local. Lo que se ha conseguido hasta el 2004 que un 75% de todos los esfuerzos regionales que se desagregan bajo la modalidad de proyectos ha sido orientado a PVP”* (CONASIDA).

^{xc} *“En este momento estamos en procesos de negociación de compromiso de gestión, y por tanto los tenemos asegurados y tenemos otros logros que conseguimos que esta estrategia para que fuera incorporada en un nuevo PMG (Programa de Mejoramiento de la Gestión) que se denomina Gestión territorial Integrada y es para todos los sectores de gobierno. Esto va a permitir integrar estas temáticas con otros sectores de gobierno en el ámbito territorial que se plantean desde la región pero la idea es que tenga una bajada a la comuna. Pudiera ser que existan otros recursos de otros sectores si logramos que las regiones logren esta asociatividad. Va a depender del trabajo de regiones orientado por los lineamientos de salud”* (CONASIDA).

^{xci} *“Desde las estrategias hemos incorporado la movilización de recursos locales y esto se desarrolla con las capacidades que tenga el equipo de gestión local. Hay equipos que están comprometidos y ven la importancia de esta estrategia que nace desde CONASIDA. Hay otros que están esperando los aportes desde el nivel central. Las regiones que están en un nivel más atrasado son las VIII, VI, X, XI, III. Hay pequeñas experiencias pero no hay una estrategia. Tendremos que hacer un plan de motivación. En la II región que han hecho un aporte importante por las propias redes regionales, con la minería, CODELCO, y otras empresas y han postulado a otros fondos como son los FMDR”* (CONASIDA).

^{xcii} *“Los recursos de la Seremía provienen de CONASIDA y Fondo Global. La SEREMI actúa como ‘distribuidor’ de los fondos para las otras organizaciones de la región”* (Seremía5ªR).

^{xciii} *“Mi participación en los recursos es seguirle la pista a los documentos cuando llegan desde el servicio”* (SSNCETS). *“Si, los recursos, son dados por promoción. Finanzas los controla, nosotros vemos que se usen bien. Las platas las manda el SEREMI, se hacen transferencias, para el CIPRODES, el SEREMI nos los da. El SS moviliza su personal a nivel de la plaza, o cuando hacemos en los festivales. La plata de los proyectos me imagino que viene desde el CONASIDA. Se transfiere mediante municipio”* (SSAcon).

^{xciv} *“Nada, nunca, los servicios no tienen plata para eso. ... Más de un millón de pesos no es. La celebración del Día Mundial del Sida no fue más de un millón. El proyecto que se está haciendo con Ayún no es más de un millón. Nunca se dispone de más de dos millones y tanto para la prevención por servicio. Con las trabajadoras sexuales han sido*

de \$ 600.000, nunca más” (SSN). “Ha sido todo sin plata” (SSMCETS). “El Servicio entrega dinero a través de las horas profesionales y usan materiales. No hay otro tipo de financiamiento” (SSVSAnt).

^{xcv} “También recibimos de INJUV, PRODEMU, CONACE, la CORPORACIÓN ANTOFAGASTA” (SSA).

^{xcvi} “Pero cuando a mí me financiaron la mitad del diplomado en el CEPS, ese es un recurso. Eso viene de una ONG. El CEMERA aportó para los proyectos, como aporte local (clases, infraestructura, etc.)” (SSN). “De las organizaciones que aportan con recursos” (SSA).

^{xcvii} Fuente: CONASIDA, información al 31 de diciembre de 2003

^{xcviii} Fuente: CONASIDA, información al 31 de diciembre de 2003

^{xcix} Se trata de una cifra que lleva a dudas y no está sumada en la columna.

^c La diferencia con el Presupuesto oficial de CONASIDA es el aporte del Proyecto Fondo Global para prevención en ese año.

^{ci} Guerrero, E. y Valdés, A.: Presupuestos Públicos en la lucha contra el VIH/SIDA. Tabla 5.7 Composición del gasto público en VIH/SIDA 1999 – 2002 (cifras reales en millones de pesos), p. 25. Hexagrama Consultoras. 2004

^{cii} “No en la Seremia no hay información. Ellos (CONASIDA) podrían entregar información respecto a lo que cuesta una persona trabajando en estos proyectos” (SeremíaRM). “Se coloca, pero sin un gran estudio. Y te piden y te piden y si uno pone movilización, dicen que no. Entonces por qué yo voy a tener que gastar de mi dinero, para ir a Maipú, a distintos lugares... Yo lo tuve que sacar poniéndolo como gasto administrativo. Y en las reuniones, como no vas a dar unas galletitas, y te dicen que no...” (SSMC). Desde CONASIDA tampoco habría información sobre costo/persona de los proyectos. “No hay información” (CONASIDA).

^{ciii} Situación confirmada por los propios actores regionales, sociedad civil y CONASIDA en las entrevistas realizadas, como se observa más adelante.

^{civ} “Nunca nos planteamos el asunto de la cobertura. Se hace no más, donde se puede, donde se ve que se necesita. Con los colegios: Hicimos un solo colegio, 70 niños, los seguimos de marzo a noviembre” (SSMCETS).

^{cv} “En el caso de los profesores, fueron 2 por colegio. Pero no hemos trabajado los indicadores. Se ponen, pero no se utilizan. Ahora nos propusimos hacer una sistematización de los proyectos que hemos hecho y ahí vamos a ver la población a la que hemos llegado. Los proyectos de estos dos años sí tienen evaluación. Con el proyecto de la Fundación Ayún pensábamos llegar a muchas personas pero no llegamos a más de 100. Suponíamos que cada integrante, que eran doce, tenía que hacer una réplica con 10 personas cada uno. Inicialmente eran 25 y pensábamos 10 personas por cada uno, pero capacitamos a sólo 12. Por eso fueron 100 no más” (SSN).

^{cvi} La forma definir la cobertura directa e indirecta está dada por las personas a las que se quiera llegar –más precisa cuando se trata de formación de monitores/as, o talleres a grupos conocidos; más imprecisas cuando se formula un proyecto destinado a una comunidad-, la cobertura directa está definida por la capacidad de hacer el taller y locales disponible, la indirecta se obtiene multiplicando ese número de participantes por un factor que depende de quien haya el proyecto, aunque hay algunos valores que han sido socializados. “La cobertura de los proyectos es variable. En el caso de los orientadores es uno por cada escuela y liceo. Solamente en Tocopilla eran 26. El cálculo de la cobertura indirecta depende del proyecto. Si son proyectos con familias, sacamos por cuatro. Si es por monitores, por 20 o 30 dependiendo de la... Con mujeres por cuatro. En el de orientadores por 30” (SSA).

No existe una única versión sobre los niveles de cobertura planificada y efectiva de los proyectos implementados, para algunos es importante y para otro/as no lo son. Pero sí se tiene conciencia de que esa información es fundamental para evaluar lo que se ha hecho. “Todos los servicios han hecho proyectos, las coberturas están descritas en cada proyecto, las minorías, las temporeras, los padres, apoderados. Se hacen evaluaciones periódicas, para que resulten, porque detrás de todo esto hay dinero, y hay que ver que esos dineros se ocupen en las cosas que se dicen que se hacen. Nosotros controlamos eso. Frente a las diferencias, no se puede hacer eso, porque es

malversación de fondos, se pierde la pega. La directa una estimación, cada proyecto ya lo tiene, en el colegio ya se sabe cuántos alumnos son, etc. Y la indirecta se estima. (SSAcon).

Por ejemplo no es posible conocer en proyectos focalizados en trabajadoras Sexuales la cobertura directa (porque algunos talleres han tenido una participación menor a lo pensado) y menos la cobertura indirecta, porque no se han hecho o no se conoce de la réplicas inicialmente incluidas en los proyectos en proyectos focalizados en esta población. *“En la 5ª Región han estado apoyados por la Fundación Margen y 12ª región entre equipos de salud y las propias trabajadoras sexuales que están en control. Están haciendo un acercamiento para conocerse en los temas SSR y VIH, pareciera que tienen una perspectiva sustentable. No han sido evaluados... Hemos tenido como resultados previos el aumento de la cobertura del control” (CONASIDA).*

Se supone en los proyectos focalizados en Trabajadoras Sexuales que la cobertura lograda queda reflejada en los controles y estaría asociada al número de controles, de personas que estén inmunes o que no presenten una enfermedad activa. *“Los temas de cobertura no los veo yo. Generamos un catastro de las que están bajo control que nos permite una visión, un número relativo de donde vamos a intervenir, pero evaluación de impacto, no tenemos. La cobertura queda reflejada en la asistencia a controles, pero no se puede prever si la persona va a estar con una enfermedad activa. En los proyectos se calcula la cobertura directa, como los que están en control los indirectos, los que no vienen a control, pero que pueden aparecer. Se toma el número real activo para planificar” (SSNCETS).*

En otros casos descritos, la cobertura indirecta se derivaría de las réplicas que las personas que participan de los talleres se comprometen a realizar. No obstante, ésta forma no obliga ni compromete a las personas a realizarlas. *“Esa es la realidad, y no todos hacen la réplica tampoco. Tampoco los puedes obligar a ellos, porque no tienes ni tiempo. Porque cuando trabajas con ONGs, ellos hacen las actividades fuera de horario de trabajo y nosotros no tenemos ni tiempo ni podemos regalar nuestro trabajo después del horario, porque tienes otras responsabilidades, eres mamá, etc. y cuando uno se dedica al tema extraservicio, sacrificas tu casa, tu familia” (SSN).*

Pese a que las coberturas directa e indirecta sean medidas, la ejecución de los talleres se encuentra muchas veces con que las personas que originalmente participarían, no lo hacen. La baja asistencia y cooperación de directivos puede incidir en la ejecución del taller acorde o no a las expectativas descritas en los proyectos. *“El taller que hicimos fue de 5 sábados, empezamos a las 9 de la mañana hasta las 2 de la tarde: 12 personas en todas las sesiones. La idea era formar 25 personas, pero sólo fueron 12. En el caso de las trabajadoras sexuales fueron 15 personas, también 5 sesiones, trabajamos en las tardes” (SSN).* *“Cuando trabajamos con la escuela de Gendarmería. A las 6 de la tarde se produce todo un tráfico en la cárcel, en que participan todos, incluidos los gendarmes. Entonces el Consultorio 1 planificó todo un curso, muy bien, con todas sus clases. Estaba planificado para todo el curso y la mitad, dijeron que no, se van y ahí quedó... Y decían ¿por qué? Y les dijimos si los propios gendarmes son jóvenes que no tienen información... pero terminó abruptamente, por la falta de colaboración de arriba” (SSMC).*

^{cvi} Ver CONASIDA (2002) “Estrategias de prevención”, Documento Area de Prevención, CONASIDA, MINSAL.

^{cviii} El texto que ha servido de base para este punto es: Ardila, H., J. Stanton y L. Gauthier (1999) *Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH*. ONUSIDA. Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA. Bogotá, Colombia.

^{cix} **Modelos de empoderamiento comunitario**

Los modelos de empoderamiento comunitario incluyen los aspectos que no están presentes en los modelos cognitivos y de estructura del cambio de comportamiento aplicado y son recuperados desde esta mirada al incorporar una perspectiva en la que se incluye un análisis de los significados de la sexualidad en las personas, al igual que sus culturas e identidades sexuales, y su participación en comunidades más menos organizadas. Este análisis, a su vez, implica la consideración de la vulnerabilidad social y particularmente la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA. Desde esta mirada, tanto la cultura, las condiciones económicas y la presencia o ausencia de redes de apoyo, pueden incidir en la vulnerabilidad social impidiendo la adopción de conductas saludables.

Según este modelo, en la modificación de los comportamientos sexuales son cuatro los elementos que deben estar presentes:

- Aumento de la percepción de riesgo: implica la autorreflexión en torno a actitudes y experiencias personales, la que puede ser facilitadas por procesos personales tales como la consejería o bien de manera colectiva a través de talleres. Las personas actuarían en base a normas que pernean los grupos, las que pueden ser modificadas positivamente en su mismo seno.
- Modificación del clima social normativo: las normas prevalecientes pueden ser modificadas en base a procesos culturales e identitarios que logran instalar o desarticular cambios. Desde los mismos grupos se

podrían generar procesos de cambio y empoderamiento, los que pueden posibilitar o impedir la adopción de determinados comportamientos.

- Disminución de la vulnerabilidad: la participación y ejercicio de ciudadanía serían centrales en el proceso de cambio de comportamiento, ya que se incorporarían aprendizajes sobre DDHH y civiles. Estos conocimientos entregarían a las personas herramientas para tener mayor autonomía en sus decisiones y de defensa de sus derechos como tales.
- Provisión de servicios: la concreción de las decisiones tiene su asidero en la existencia concreta de servicios y productos (entrega de preservativos), los que refuerzan y dan viabilidad a las decisiones. Se requiere de voluntades y acciones políticas que permitan su existencia, permanencia y buen funcionamiento.

Este modelo ha sido criticado por existir limitada información sistematizada sobre su alcance y resultados, no habiendo sido evaluado con el rigor necesario.

No obstante, la apuesta por los modelos comunitarios es altamente positiva. Articula cuatro elementos clave, como son el mejoramiento de la percepción de los riesgos y la modificación del clima social normativo, la disminución de la vulnerabilidad mediante el fomento de la organización y la defensa de los derechos humanos y civiles, y la provisión de servicios y productos que sólo el Estado está en condiciones de entregar. Por otra parte, surge de la interacción con las propias comunidades y organizaciones de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y constituye su mayor aporte.

La acción desarrollada por CONASIDA, en sus distintos niveles, puede ser entendida en el marco de este modelo comunitario, es decir, los elementos descritos se ajustan a la estrategia declarada por CONASIDA, sus ejes, sus niveles de acción (individual, comunitaria y masiva), el trabajo con las organizaciones de la sociedad civil y la promoción de la asociatividad y la intersectorialidad.

^{cx} En la voz de CONASIDA, “...en nuestro país tenemos modelos de prevención, pero necesitan un ajuste y adecuación. Son modelos porque tienen la secuencia y tienen guías para trabajar con materiales, metodologías, enfoques teóricos científicos y epidemiológicos y tienen la validación de las poblaciones objetivas para las cuales están diseñados... Les falta la evaluación. Hemos tenido la oportunidad de evaluar algunos materiales que componen los modelos, el trabajo con mujeres ha sido evaluado y validado... No hemos hecho evaluación de la utilización de modelos. No hemos modificado el modelo que tenemos, que es el modelo didáctico para la educación y prevención de VIH/SIDA compuesto de una multiplicidad de materiales y guías para distintas poblaciones objetivos, lo que hemos hecho ha sido incrementar el modelo, es decir ir adosando otros materiales. No lo hemos modificado aunque la epidemia ha ido cambiando, ahora estamos haciendo una revisión conceptual del modelo que permita ampliar los efectos que se han visto. Por ejemplo, hoy día hay, producto de diferentes investigaciones una población chilena en distintos estadios frente a la enfermedad, sabemos que hay poblaciones que han asumido conductas de prevención y otra que no, hay presencia de prejuicios, mitos... hoy día es válida la revisión del concepto de gestión de riesgo, y las vulnerabilidades en cada una de las poblaciones” (CONASIDA).

^{cx} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre modelos y existencia de estrategias de prevención del VIH/SIDA y las ETS

“Si, hay modelos en Chile. Desde hace 12 años que se trabaja con ellos... los manuales y folletos de cómo trabajar con HSH y trabajadoras sexuales, constituyen los modelos. También existen modelos para trabajar con estudiantes universitarios y de educación básica... Han servido fundamentalmente en lo que se refiere a las dinámicas y las metodologías de trabajo. Lo que se refiere a cómo se puede manejar verdaderamente un taller, para que sea entretenido, para que deje enseñanzas, para que haya un cambio de conductas y sensibilización” (SSACETS). “Si hay modelos/metodologías de prevención de VIH/SIDA específicos para PVP. Es importante su existencia porque son esquemas de trabajo probados, que han demostrado tener algún impacto en la población. Por ejemplo, en el caso de HSH, las mesas informativas en las discas gay han tenido impacto, así también la línea telefónica, la consejería pre y post Test de Elisa, los Talleres grupales con enfoque de educación entre pares” (Seremía5^oR). “Existe un modelo de intervención basado en la participación, la intersectorialidad y en la relativa integración de la población beneficiaria de los proyectos. De VIH. De ETS, nada. Ahora, que este modelo sea la mejor estrategia de intervención se va a saber en algunos años más” (Seremía2^oR).

Entre aquellos/as que no perciben la existencia de un modelo para la Prevención del VIH/SIDA y ETS en PVP se encuentran las siguientes opiniones: “No, de ninguna manera hay una política articulada, lo que hay son proyectos, cuyas acciones, intervenciones y fondos quedan en manos de ONGs consultoras, etc., y otros ejecutados por las propias organizaciones” (Seremía5^oR). “No hay un modelo, hay un programa, hay normativas, lineamientos, pero modelo, no. Se ha atendido como se podía” (SSO). “No, hay proyectos, hay intenciones y buena voluntad, pero un modelo, no. Menos para personas PVP” (SSN). “Yo diría que no, cada cual trabaja como cree que debe trabajar,

pero que haya un modelo, no...” (SSMC). “No, modelos no hay” (SSMCCETS). “En la Seremía no tenemos un modelo, salvo lo que hace CONASIDA. La consejería entre pares es un modelo” (SeremíaRM). “El modelo te guiaría para focalizar mejor. Debería ser flexible, que te permitiera priorizar en base a tu realidad local” (SSAcon). “Aquí se da a todo el mundo la recomendación del uso de preservativo, pero un modelo tiene que ser una cosa mucho más estructurada todavía. Tal vez el hecho de priorizar en los ingresos en ETS... en la práctica tal vez aplicamos un modelo” (SSMCCETS).

Incluso se manifiesta que “No me parece que el modelo debiera ser focalizado, debería tomar a todos los grupos. Ya que es una realidad para todos, le atañe a todos. Pero tener un modelo específico de ellos (PVP) ¿no sería discriminación positiva? Un modelo debería ser flexible, poder adaptarse a las distintas poblaciones y a las realidades locales. Se reconoce que las PVP tienen características particulares que se vinculan fundamentalmente con la discriminación de la que son objeto” (SSAcon).

Para algunos/as, hablar de modelos supone su adecuación a las necesidades locales, material que los apoye y la existencia de evaluación de los mismos que permita ver el impacto que producen en la Prevención del VIH/SIDA y las ETS. De hecho, en las regiones y Servicios adaptan los lineamientos que llegan desde CONASIDA e intentan la construcción de modelos que sean replicables a nivel local. “Es un modelo que viene desde Santiago, desde el Ministerio. Nosotros no podemos cambiar el modelo, se pueden adaptar algunas cosas.” (Seremía2ªR). “Se utiliza lo que hace CONASIDA. Lo ejercitan MUMS, la Corpo. Y se está tratando de introducir en el servicio público general, básicamente en el nivel secundario y luego primario” (SeremíaRM). “Si, hay un trabajo que se hizo con pescadores que fue investigación-participación. Son la posibilidad de aplicarlos y replicarlos en otras localidades, es un patrón” (SSVQ). “Se está elaborando un modelo de prevención, se está ordenando, porque los centros atendían como podían” (SSO). “No, estamos en eso, tratando de hacer un modelo, probando distintas metodologías. La participación de la sociedad civil debería ser parte del modelo. Tener una mirada más amplia, no tan individualista ‘yo me cuido’ y no en términos de pareja o de familia” (SSA).

^{cxii} El Método del Marco Lógico (MML) es concebido como un instrumento para la “Gestión del Ciclo de Proyecto” y es descrita como *“una técnica para identificar y analizar una situación dada, y definir los objetivos y las actividades que puedan mejorar la situación”* (Comisión Europea 2002). Su utilización es pertinente en la preparación de un proyecto o programa y constituye un instrumento clave para el seguimiento de la ejecución y evaluación del mismo. Sirve, además, para la confección de calendarios de actividades, sistemas de seguimiento y para la posterior evaluación. El MML es considerado un proceso que evoluciona desde el análisis de las situaciones que sirven de base, para la ulterior planificación.

^{cxiii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre información epidemiológica y focalización en PVP de los proyectos de prevención

En efecto, las/os entrevistadas/os señalan que la focalización de los proyectos y las actividades de prevención se fundamenta tanto en las orientaciones que emanan de CONASIDA, como en las realidades epidemiológicas locales. Los lineamientos expresados en documentos de CONASIDA, guías para las acciones y trabajos en prevención constituyen el marco de referencia que permite definir –según las realidades epidemiológicas locales- las acciones en el campo de la prevención del VIH/SIDA y las ETS en las Poblaciones Vulnerables Prioritarias en cada región, Servicio o CETS.

Señalan que la focalización se fundamentan a través de:

- el diagnóstico epidemiológico entregado por Epidemiología del Servicio: *“Ahí se ve qué problema hay en cada comuna, en las ocho comunas, dónde hay más prevalencia de VIH, dónde hay más incidencia, el tema de la drogadicción o lo que nos envían de CONASIDA y ahí focalizamos”* (SSN). *“Los proyectos, en general, parten de una evaluación que hizo epidemiología, hace unos años ya, pero que da el perfil epidemiológico del VIH. Se parece bastante a lo que es el país, excepto en la ruralidad, pero sí la feminización, los hombres adultos, también los jóvenes, que son pocos, pero que deben hacer prevención entre pares, pero sí, usuarios de drogas, porque tenemos comunas con mucho consumo de drogas”* (SSO).

- la estadística regional del servicio de salud: *“Hay un comité de VIH/SIDA y ETS en la Seremía que sesiona cada 30-35 días, que permite hacer un análisis permanente de la información del Servicio de Salud. Tenemos un reporte que lo alimenta, lo estructura y lo entrega el Servicio de Salud. Como Seremi recogemos y analizamos, lo que nos permite hacer seguimiento. (...) La información nacional nos orienta, pero la regional nos permite definir hacia dónde vamos a apuntar año a año”* (Seremía2ªR).

- sectores en los que no se ha trabajado o actividades que no se han implementado: *“Básicamente uno se basa en cosas que nunca se ha intervenido, por ejemplo, trabajar con grupos de homosexuales que se juntaban en un bar,*

también se hacía consejería, todo dentro de proyectos. CIPRODES es quien detecta esas necesidades. Hay un tema que no se puede dejar de lado, que es el tema de las mujeres, que este año se intervinieron... No sacamos nada con educar a los homosexuales como una prioridad, si a nosotros se nos están infectando 20 mujeres en una relación de 20 hombres, considerando que teníamos cuatro hombres una mujer, y ahora están de uno a uno. Eso es una prioridad, y para eso te sirve la epidemiología, para priorizar, porque uno no tiene todos los recursos para abarcar toda la temática” (SSAcon).

Instrumentos más finos permiten a los servicios de salud focalizar mejor su trabajo preventivo, como en la 5ª Región, que ha reconfigurado los Planes Regionales en base a la información epidemiológica recibida. *“Respecto de los diagnósticos epidemiológicos de la región se observa que la 5ª Región tiene avances considerables. La realidad epidemiológica que entregan las estadísticas, desagregada por comunas, por año y otras variables, los diagnósticos focalizados e integrales de los territorios, no sólo desde el punto de vista epidemiológico, sino también de los niveles educacionales, desde el punto de vista de la pobreza, de la ruralidad, etc., ha permitido confiar en la definición de prioridades de intervención realizadas en el Plan Regional” (Seremías⁵R).*

También las mesas de trabajo conjunto con la Secretaría Regional Ministerial de Salud aportan elementos para la planificación de proyectos en que, si bien tienen como base los lineamientos de CONASIDA, el marco de referencia, el foco de acción y la población objetivo son definidos desde las realidades locales. *“A nivel regional, los tres servicios conjuntamente con la SEREMI de Salud, se hacen mesas de trabajo para la planificación de proyectos, que se hacen a través de los lineamientos que manda CONASIDA, por tanto se hace una propuesta regional de las necesidades, pero siempre considerando los fundamentos que manda CONASIDA y de acuerdo al censo; de ahí se baja a lo territorial, por ejemplo Aconcagua puede decir nuestro foco son las temporeras” (SSVQ).*

Otro fundamento para el trabajo de prevención se haya en las propuestas que realizan las organizaciones de la sociedad civil, que han sido acogidas por CONASIDA. Dichas experiencias se señala que proveen un aprendizaje entre ambas instancias. *“Se ha tenido reuniones con las organizaciones, (...) estas reuniones permiten saber cuáles son las necesidades de las propias organizaciones y cuáles son su intervenciones y experiencias, cómo las están replicando a nivel local” (SSVQ).*

En otros casos, el trabajo en prevención se ha basado en las necesidades que han expresado los profesionales y personal no vinculado directamente con salud sexual, en cuanto a adquirir más conocimientos sobre ETS y VIH/SIDA.

^{cxiv} *“Tenemos el diagnóstico epidemiológico de nuestra región y a raíz de estos datos nos asociamos con SERNAM y PRODEMU, porque en nuestra región han aumentado las notificaciones a dueñas de casa. Los casos nuevos son de gente heterosexual. Entre los homosexuales el tema está bien metido. En el caso de las mujeres dueñas de casa notificadas no sabemos de donde viene el contagio. Llegamos hasta la pareja. Ellos no llegan o las abandonan” (SSA).*

^{cxv} Actualizado, a partir de la Sistematización del Programa de Poblaciones Vulnerables Prioritarias del Equipo de Sistematización de PVP.

^{cxvi} Según Teresa Lastra, el comercio sexual femenino adulto es una *“relación contractual entre dos o más personas, en la que el hombre generalmente es el demandante y la mujer la oferente de un servicio sexual, en un mercado establecido previamente y en un lugar acordado (calle, automóvil, casa, local, privado, hotel, etc.) Lo que se comercia es el placer, la fantasía por un tiempo determinado y con tarifa prefijada por ambas partes, en el caso de que sean dos los del contrato o bien mediante la participación de terceras personas: locatarios/as o regentes/as”.*

^{cxvii} Políticas y Estrategias de Prevención del VIH/SIDA Trabajo Sexual Femenino. Comisión Nacional del SIDA Ministerio de Salud, presentación Power Point.

^{cxviii} Informe “Sistematización de experiencias de trabajo en prevención primaria hacia las poblaciones vulnerables prioritarias”, documento elaborado para CONASIDA.

^{cxix} Modelo Comunitario de SIDACCION. Bases metodológicas y conceptuales para la prevención del VIH/SIDA entre hombres homosexuales de Chile. (2004) Corporación Chilena de Prevención del SIDA.

^{cxx} Ibid. p. 14.

^{cxxi} Datos entregados por informante del MUMS.

^{cxvii} Las metodologías y técnicas utilizadas en los proyectos focalizados en PVP que son utilizadas con mayor frecuencia son:

- **Talleres de formación.** Estos talleres están estructurados, en general, en diversas etapas. Se han aplicado en la prevención con mujeres, personal de salud, adolescentes, PVP.

Ejemplo de esa formulación es la que se hace con etapas:

- I etapa: refiere a la educación propiamente tal; las actividades que se realizan son de entrega de información y de nociones generales sobre biología de la enfermedad y se expone un video. Se propone que esta parte de la experiencia sea activa.
- II etapa: se trabaja en modalidad de taller en grupos de trabajo más reducidos, a cada uno de ellos se les da un tema (una enfermedad en particular o tema sobre una en particular) y luego como grupo exponen sus conclusiones. Esta parte requiere de la participación de los/las participantes.
- III etapa: enseñanza del uso correcto del preservativo y los distintos tipos de preservativos que existen.
- IV etapa: se realiza un análisis de las situaciones de menor a mayor riesgo

- **Capacitación teórica de monitores/as:** incluye el trabajo con universitarios, profesores, trabajadoras sexuales. Las actividades contemplan la entrega de conocimientos, talleres grupales, demostración de uso de preservativos y análisis de las situaciones de mayor riesgo. Se entregan certificados. *“Ha sido la alianza estratégica para entrar en esas instituciones, asociarlos, ligarlos al tema, aplicar un taller de formación, capacitación, información, con la finalidad de tener monitores dentro de estos programas. Con el Programa Puente hemos formado los apoyos familiares, con CONACE se hizo un taller con usuarios de droga, para capacitar monitores que puedan transmitir esta información entre pares. La acción se desarrolla a nivel local”* (SSO). Hemos realizado *“con universitarios, profesores, trabajadoras sexuales. A los profesores se les hizo un curso de sexualidad con CEMERA de 5 días enteros. Fue un curso programado como docentes universitarios y los certificados los entregó la universidad a los profesores. Lo hicieron en su jornada de capacitación que tienen los profesores en enero. Se ha capacitado profesores de 250 colegios”* (SSN).

- **Testimonios de personas que viven con VIH (PVVIH).** Con este recurso se logra que las personas dimensionen el problema del VIH/SIDA. Se basa en que la exposición de un caso real que sensibiliza y permite un cambio de comportamiento. Sin embargo, existen aprehensiones porque podría tener un efecto dañino en las personas expuestas a dichas situaciones. *“Con los jóvenes tratamos de hacer lo mismo. Ellos te piden hablar con personas con VIH, para ver que es algo real. Pasamos un película “Historias de una realidad”, dos mujeres que estuvieron en la Fundación hasta que murieron, porque murieron...”* (SSMC). Utilizamos *“la vivencia, que vaya la persona que tiene VIH a dar su testimonio. Es lo que más llega. Decir las cosas tal cual son, de manera directa, sin adornos. Con la población en general. Con el testimonio se logra que las personas dimensionen el problema del VIH/SIDA. Hay que contarle a la gente que el SIDA es una realidad, es una cuestión que ni una dimensiona y menos lo va a saber la gente; hay desinformación. La mejor forma de educar es con hechos concretos. Te hacen reflexionar, no como la campaña”* (SSAcon). *“Aplicamos algunas técnicas que nos dieron como consejeras, que lleves a la persona a ponerse en el lugar de... eso resulta para convencer, y a su vez no discriminar al otro”* (SSMC).

- **Material audiovisual:** en el ámbito de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) es una de las metodologías que se reconoce con mayor impacto, acompañada de la entrega de información teórica, centrada en la explicación de los síntomas. Permite a las personas tener un *contacto más directo* con las ETS. *“En ETS, la metodología mejor es el uso de audiovisuales, más allá de explicar los síntomas, se pone una imagen y ahí eso queda claro. No se utiliza la cuestión testimonial, es una población más diversa, hay que ir de grupo a grupo. Frente a una trabajadora sexual hay un enfoque más represivo, no se puede exponer frente a los demás. Lo mismo otros grupos”* (SSNCETS).

- **Sexo más seguro en centros y sitios de recreación y lugares de encuentro:** contacto directo con alguna población en los sitios de encuentro, se necesita hacer seguimiento en este tipo de acciones, además de un instrumento para ello. Se reconoce como una metodología central en el trabajo, principalmente con Hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Para el trabajo de prevención con población transgénero, desde algunos Servicios de Salud se han realizado acciones tales como el establecimiento de contacto en la calle, visitas en las que se contempla la entrega de preservativos y el eventual acercamiento al Servicios para realizar control. *“Población transgénero probada no tenemos ninguna, no tenemos manera de medirlo, lo que funciona es el contacto en la calle y la entrega de preservativos, intentando que se acerquen a los programas de salud para hacer una primera consulta. Pero hasta eso es difícil... En HSH hay una línea de talleres de sexo más seguro, y trabajo en sitios de recreación de encuentro de sexo público... Todo lo que es contacto directo con alguna población y con algún instrumento de seguimiento es algo que funciona. Está es la metodología central”* (CONASIDA).

- **Lenguajes comunes:** se destaca que en la transmisión del conocimiento, las personas encargadas de transmitir la información ocupen un lenguaje lo más cercano posible a la población con la que se está trabajando, de modo de

lograr una mayor conexión con los/las participantes. Se contempla en algunos proyectos la utilización de “Role Playing” y de juegos. *“Todo eso se hace en sus propios lenguajes”* (SSACETS). *“Tratamos de ser muy prácticos, usar lenguaje simple. A través de juegos, preguntas, role playing”* (SSA).

- **Sensibilización:** sensibilizar a las personas en la necesidad de prevenir el VIH/SIDA y las ETS. *“Sensibilizar en el tema, además de dar a conocer lo que significa el VIH y las ETS. Hay que meter las otras ETS que a veces son más peligrosas que el VIH mismo. Si te infectas con una hepatitis B te puede llevar a la muerte porque hay menos medicamentos que para el VIH”* (SSMC).

- **Representaciones, teatro:** obras de teatro y representaciones que apunten a la Prevención. Es el caso de “Los monólogos del tigre” representado en el contexto de un proyecto del Servicio de Salud de Aconcagua. *“La planificación participativa, la acción entre pares, conversaciones masivas de los jóvenes poblacionales que no están en las escuelas, teatro, encuentros, exposiciones territoriales. La caseta móvil no resulta, la gente no entraba, se hizo para la campaña de comunicaciones. Tampoco han resultado los testimonios porque se dañaba mucho”* (SSVSAnt).

- **Mesas Informativas:** en discos gay, en lugares de encuentro, en eventos, en campus universitarios, en ferias.

^{cxxiii} *“Al cerrar el año se hizo una ‘Cuenta Pública’, que contempló un ‘Seminario’, una ‘Feria ciudadana’ y se entregaron a todas las instituciones los balances. En este contexto, se considera que el Fondo Global instala prácticas de transparencia que son útiles. A este respecto, el gobierno siempre se ve en la obligación de generar procesos de transparentar el uso de los recursos”* (CONASIDA).

“Ha sido más regular un lanzamiento por parte de las organizaciones. En la Seremía no hemos hecho nada... En el CRIAPS a lo mejor se puede hacer” (SeremíaRM). *“A nivel público, con Seremías y Servicios de Salud, no”* (CONASIDA). *“Los resultados se comparten cuando hay jornadas de evaluación de proyectos que organiza la Seremía. Pero a esas evaluaciones les falta consistencia”* (SSN). *“Solo lo que se conoce con materiales producidos pero no hay un trabajo específico. Se manda todos los informes técnicos a CONASIDA con copia a la Seremía. Se sistematiza, se anilla y se manda. Pero, hay cuestiones que no están sistematizadas”* (SSVQ). *“Algunas organizaciones, como trabajan con nosotros se enteran. Se dice lo bueno y lo malo, se ven los problemas. Los delegados de promoción son los encargados de transmitir las experiencias”* (SSAcon)

^{cxxiv} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre evaluación de las estrategias y modelos implementados

“No se han realizado evaluaciones. Es escaso a nivel nacional, esta es la primera a nivel nacional... A nivel local tampoco tenemos evaluaciones Hay evaluaciones de carácter cualitativo, pero que no dan cuenta de los compromisos a cumplir por parte de los proyectos... Evaluaciones de proceso, que al término del proyecto permite decir si los productos comprometidos se cumplieron (hacer talleres, llegar a determinado número de personas, cantidad de preservativos, actividades programas y hacer las rendiciones” (CONASIDA). *“Sí, se evalúan los proyectos. Cuántas personas capacitadas, cuántas réplicas, de qué lugares. Se ven los resultados de acuerdo con objetivos: se cumplió o no se cumplió”* (SSN).

Ello se produce aun cuando, para la formulación y aprobación de los proyectos, se solicita formas de evaluación, incluyendo indicadores (Ver pauta entregada por CONASIDA). *“Al cerrar los proyectos tienen que tener una evaluación, pero aquí no se hace, lo hace el nivel encargado del proyecto”* (SSNCETS).

En las Seremías, Servicios de Salud y CETS las opiniones son más bien tajantes, no ha habido evaluaciones de los proyectos focalizados en Poblaciones Vulnerables Prioritarias. *“No hay”* (SeremíaRM). *“Los procesos de evaluación son una carencia, se trate de los proyectos específicos o del Plan Regional en su generalidad. Algunos proyectos cuentan con evaluaciones simples, por medio de encuestas, lo que permite una pequeña retroalimentación”* (Seremía5ªR).

En algunos casos se señala que ha habido evaluaciones y que, a veces, han sido dadas a conocer a CONASIDA. *“Tenemos la evaluación de los proyectos del 2003. Son evaluaciones internas, no se dan a conocer, salvo a CONASIDA. Se divulgó lo del Plan Piloto, pero lo del VIH no, necesitaríamos autorización”* (SSA). *“Los resultados no fueron dados a conocer a CONASIDA”* (SSACETS).

“No existieron instrumentos para evaluar los proyectos con PVP, sin embargo, hubo una suerte de desencanto de parte de los monitores. Quizás les faltó a los monitores estar más preparados. El problema general que ves es que la gente no tiene interés en cuidarse. Existe una frustración por la poca recepción que se tiene de la gente, de sentir que se nada contra la corriente” (SSACETS).

“Son evaluaciones que aseguran que efectivamente se hayan realizado todas las actividades propuestas, que las platas se hayan gastado en lo que se propuso. Envío de informes de avance, de si se cumplieron o no las metas, y de acuerdo a eso se dan los recursos para el próximo año. Algunos mandan fotos. Se considera: Equipo responsable,

Actividades realizadas, Resultados logrados, Monitores activos y réplicas, Facilitadores, Obstaculizadores, Observaciones y comentarios. A lo que se suma rendición de cuentas con facturas y no con boletas” (SSAcon).

Una forma de medir el impacto de los proyectos de prevención se reflejaría según algunos/as informantes claves a nivel epidemiológico. *“El impacto se refleja en el índice epidemiológico. Se hacen evaluaciones de campaña, por ejemplo, de las medidas de prevención” (SSVSant).*

“Actualmente no hay instrumentos. Es un déficit. Problemas con el recurso humano y tiempos APRA realizar los instrumentos” (SSVQ). “No se analiza por qué no se cumplió, sólo se dan los números” (SSN). “Hemos tenido reuniones de evaluación (una en dos años). Sólo se han hecho presentaciones de los resultados. No hemos desarrollado instrumentos” (SeremíaRM).

En aquellas ocasiones que se ha evaluado un proyecto se realizaron fundamentalmente a través de *cuestionarios, encuestas, marco lógico y por medio de conversaciones en grupos focales*. Los tres primeros, se centran en la evaluación de la adquisición de conocimientos, en el logro de los objetivos y cumplimiento de los indicadores; mientras que el cuarto se refiere básicamente a la evaluación de la experiencia del proceso del taller propiamente tal. Las encuestas y cuestionarios utilizados tienen preguntas simples e intentan evaluar los conocimientos alcanzados durante el proceso. En algunos casos fueron administrados tanto al comienzo como al final del taller. *“Sólo se hizo una evaluación del proyecto con La Minera Escondida, por medio de una encuesta. Son muy sentidas las pocas habilidades para generar un sistema de evaluación. (...) A cada participante le quedó la tarea de comentar y enseñar a otros trabajadores lo que habían aprendido. Todo esto se logró por el gran apoyo de La Escondida, quienes prepararon los break en las jornadas, se preocuparon de copiar todo el material, etc.” (SSACETS). “No hemos evaluado. En los cursos, un test pre y post, y el número de alumnos, pero no hay seguimiento. Con Margen, tampoco. Se formó un número de monitoras, pero después no hicieron el trabajo, porque tendrían que haber replicado aquí, pero no lo hicieron” (SSMCCETS).*

“Se monitorea con una pauta. La SEREMI manda planillas para llenar, información que se maneja desde la SEREMI... Se hacen evaluaciones con grupos focales, porque la gente no escribe mucho. Conversaciones. No se ha hecho sistematizaciones de los proyectos, hay que pagarlas externamente” (SSVSant).

^{cxxxv} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre replicabilidad de los proyectos

“Lo realizado con trabajadoras sexuales: ellas como grupo organizado hicieron sus talleres y tenían un paquete para prevención, sindicalización, empoderamiento, a asumir su tema. Eso lo hacen ellas con apoyo de CONASIDA. No sé si es replicable a nivel nacional, porque no todas las trabajadoras sexuales participan en esto, porque no quieren dar la cara. Se les hace difícil, entonces siempre son las mismas, que vienen de distintos lugares, tratan de armar algo, pero para replicar cuesta. Esto hay que fomentarlo desde los servicios de salud, desde la “población cautiva”, en que es más privado, no las pones en el tapete. El empoderamiento es tarea de otras personas, no del servicio” (SSN).

“No todos los proyectos (se pueden replicar) porque las realidades son distintas. Hay espacios organizados y otros no, por ejemplo en el caso de las trabajadoras sexuales. Hay espacios donde no hay con quien trabajar, todavía no han salido del “closet” (SeremíaRM.).

^{cxxxvi} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre los aprendizajes de los diseños de las intervenciones de prevención con PVP

Los aprendizajes declarados por profesionales y directivos/as de Seremías, Servicios de Salud y CETS en cuanto a los diseños de las intervenciones de prevención con PVP se pueden agrupar como sigue:

- las metodologías y técnicas para desarrollar proyectos de intervención deben ser acordes con las realidades con las que les toca trabajar.

- han aprendido a plantear objetivos y alcanzarlos con los medios e instrumentos adecuados, y a replantearse cuando se fracasa. *“Hemos aprendido a hacer proyectos, ponerlos en una plantilla donde se pueda evaluar después, porque ahí están los resultados. Nos hemos empoderado porque hemos hecho los proyectos en forma regional y hemos participado todos los servicios, en que todos sufrimos del mismo mal. Así nos fortalecemos, se elaboran estrategias conjuntas que permiten seguir avanzando. Además se han establecido las confianzas. Hemos mejorado la forma de hacer los proyectos.” (SSN). “Cuando se hacen proyectos se considera que es lo que va a resultar, pero después pasa otra cosa. Eso permite replantearse, retroalimentar los proyectos.” (SSNCETS).*

- se reconoce la importancia de la apertura hacia las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), pese a que el trabajo en conjunto muchas veces interfiere en las rutinas establecidas. Las Organizaciones y sus representantes ingresan a su vez a una nueva cultura institucional. *“Poder trabajar con personas que no son profesionales y que no son del servicio. Esto ha permitido abrir el área de la salud hacia las organizaciones. Es un stress porque no estamos*

acostumbrados. Tensiona la rutina, no está dentro de nuestra cultura. Que una persona que no es de salud critique, es complejo. Yo creo que ha ayudado porque se aprende de ellos y conocemos una realidad que de otra forma no haríamos” (SSA).

- conocimiento y reconocimiento del acervo de experiencias y materiales de prevención existentes a lo largo del país, susceptibles de ser replicadas en otros lugares, siempre y cuando se reconozcan las particularidades de cada población y lugar.

- aceptación tanto desde CONASIDA como desde los Servicios de Salud que, en ocasiones, los lineamientos generales para llevar a cabo la prevención pueden no coincidir con las convicciones de quienes elaboran los proyectos. De ahí la necesidad del trabajo en conjunto y de la toma de decisiones de manera consensuada. En esa discrepancia es donde se aprecia la variabilidad de las Poblaciones Vulnerables Prioritarias que, condicionadas por las *realidades epidemiológicas locales*, ponen en jaque los lineamientos generales en torno a la prevención con PVP.

- la horizontalización por la progresiva incorporación de la consejería como estrategia de prevención y de los consejeros de las organizaciones como una actividad regular tiene consecuencias al menos en las reuniones de equipo que se realizan de manera mensual. *“Recién con la incorporación de consejeros entre pares que están funcionando aquí, el trabajo se está horizontalizando. Se nota en las reuniones de equipo que se hacen una vez al mes en las que participan los consejeros. Eso es desde hace un año, cuando se aprobó el proyecto de consejería asociativa. Antes la gente iba y participaba, pero no era programado. Ahora es algo programado, los consejeros tienen sus horarios, es algo regular dentro del servicio. Igual hay problemas, sobre todo con los médicos. A nosotros también nos costó, pero aprendimos. Estos consejeros son del ‘grupo de los jueves’, ellos son consejeros y se capacitaron en talleres que dio el Vivo Positivo y están funcionando bastante bien” (SSN).*

- en la elaboración de los proyectos *“hay que entregar herramientas para la presentación y la evaluación de estos. Lo que uno considera que es importante no es lo mismo que los demás creen que es importante. Las necesidades de algunas personas no son las mismas que los requerimientos que uno tiene. Hay que trabajarlo en conjunto con quienes se presentan en el proyecto, se queda gente afuera, revisarlos antes de la presentación final” (SSAcon).*

- identificar cómo se llega a nuevos grupos: *“Creo que hay que abrirse. Si bien hay que seguir reforzando a esos grupos. Acá hay, por el tema de la minería, muchas chiquillas que se paran a la entrada de la disco, y no tienen plata para entrar, y no son trabajadoras sexuales, pero tienen sexo para entrar. Ellas no caben en estos grupos vulnerables. Entonces estamos ocultando esto. O que los adolescentes tienen más relaciones anales para no embarazarse...” (SSA).*

- si bien existe en los servicios un acervo de conocimientos y experticia, se constata que hay aspectos que surgen de las experiencias directas de trabajo con las PVP, que los entregan, fundamentalmente, las organizaciones de la sociedad civil. Se pueden compartir a través de Consejos Regionales como los realizados en la 5ª Región, con la conformación de un Consejo Regional para el VIH/SIDA, que congrega al sector de salud y las Organizaciones de la Sociedad Civil en el trabajo de prevención. Ello permite el trabajo conjunto y la cooperación entre los Servicios de Salud y las Organizaciones, generando instancias de planificación estratégica conjuntas. *El Consejo Regional para el VIH/SIDA (salud y OSC) es un buen ejemplo de los logros que se pueden lograr a partir de la alianza entre distintos sectores, en donde el eje sea la participación horizontal, entendiéndolo que todos pueden aportar a la prevención” (Seremía5ªR).*

^{cxxvii} Juicios y opiniones, de los informantes claves del sector de la salud, sobre las debilidades en las estrategias de intervención y acciones de prevención con PVP

“Las debilidades están en la baja cobertura, se necesita tener gente entrenada, materiales y recursos, es un trabajo de riesgo para los propios monitores que salen a la calle, enfrentan situaciones de violencia con las poblaciones que trabajan o con la policía. Los llevan detenidos y nosotros hemos llamado a las comisarías y dando todas las explicaciones que no están ejerciendo comercio sexual sino que están haciendo un trabajo preventivo apoyado por CONASIDA...” (CONASIDA).

“Los informes tienden a ser autocomplacientes en algún sentido. Son informes básicos” (SeremíaRM). “Un tema mayor es que no tenemos instrumentos que nos permitan tener una mirada más amplia. Nos hemos planteado hacer seguimientos y evaluaciones, pero no lo hemos conseguido, porque la mayor cantidad de tiempo y energía ha sido en el trabajo concreto. Sabiendo que es una urgencia, el énfasis ha estado puesto en la intervención” (CONASIDA).

“Es difícil eso. Hemos ido aprendiendo a horizontalizar el trabajo, pero tras muchos porrazos, porque como gente de la salud tendemos a creer que sabemos todo y todavía hay que seguirlo trabajando. Aquí en el servicio tuvimos una crisis enorme con Vida Optima, de esa crisis sacamos lecciones... porque no había unidad de equipo con el médico que trabajaba en el hospital y nosotros. Al tratar de caminar juntos se vieron las diferencias, entre el médico y yo que era la encargada de VIH. Cuando me puse a ordenar las fichas, a regular el programa, hubo problemas y dijo que renunciaba si yo seguía trabajando, después vino el problema con la asistente social y la psicóloga, todo el

equipo... Vida Óptima hizo causa común con el médico, que era el que les daba la terapia. Teníamos un comité pero no se logró trabajar juntos. Se produjo el problema y entonces me vine al servicio –el año 1999. Finalmente, se resolvió con el Dr. Hevia que era el director del servicio: se presentaron las posiciones y el médico dijo que él no funcionaba porque no tenía por qué recibir órdenes de una matrona... El después renunció y yo decidí venirme al servicio, pero se logró superar la situación. Ahora hay tres médicos, con el Auge se logró muchos cargos para el VIH: matrona, tres médicos, dos técnicos paramédicos, una psicóloga, una asistente social” (SSN).

^{cxxviii} Catastro de proyectos focalizados años 1998-2003. Fuente: CONASIDA (2004) "Sistematización de experiencias de trabajo en prevención primaria hacia Poblaciones Vulnerables Prioritarias". Santiago, Informe Final. Base de datos Evaluación FLACSO.

^{cxxix} Martinic, S (1997) Evaluación de proyectos. Conceptos y herramientas para el aprendizaje. México: COMEXANI-CEDUJ.

^{cxix} Catastro de proyectos PVP. Años 1998-2003. Fuentes: CONASIDA (2004) "Sistematización de experiencias de trabajo en prevención primaria hacia Poblaciones Vulnerables Prioritarias". Santiago, Informe Final; Base de Datos Evaluación FLACSO.