



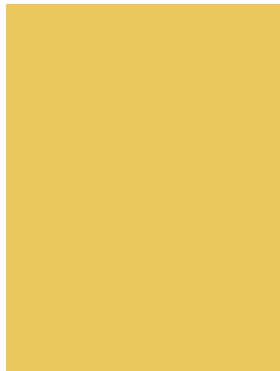
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE
VICERRECTORÍA DE COMUNICACIONES
Y ASUNTOS PÚBLICOS

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

VIH y SIDA en Chile: desafíos para su prevención

LILIAN FERRER
ROSINA CIANELLI
MARGARITA BERNALES

Escuela de Enfermería / Facultad de Medicina UC



VIH y SIDA en Chile: desafíos para su prevención¹

LILIAN FERRER
ROSINA CIANELLI
MARGARITA BERNALES

Escuela de Enfermería / Facultad de Medicina UC

Introducción

El Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) llegó a nuestro país en los años ochenta. Desde entonces más de dieciséis mil chilenos han sido notificados como personas viviendo con el VIH o SIDA. Como sociedad y debido a que en un comienzo la enfermedad se asociaba a grupos fuertemente cuestionados desde su condición moral, hemos enfrentado el estigma y la discriminación que recae sobre las personas que viven con el virus o que han desarrollado la enfermedad del SIDA.

Hasta el año 2006 el VIH ha dado muerte física a 5.710 chilenos que viven en el país (Ministerio de Salud, 2006), número que no contempla la muerte social que han sufrido las personas que enfrentan en la mayoría de los casos, abandono, soledad e incluso un trato inhumano. Como lo mencionó un miembro de la sociedad civil organizada, el VIH sacó una foto de nuestra sociedad y ha mostrado lo peor de ella, es por esto que se generó un movimiento social que tomó la forma de Organizaciones No Gubernamentales. Así mismo, el Gobierno de Chile tuvo una respuesta rápida frente a esta epidemia comparativamente con otros países, dando vida a la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) en 1990.

A pesar de los esfuerzos llevados a cabo tanto por las entidades de gobierno como por la sociedad civil, el número de personas viviendo con VIH o SIDA en Chile se ha mantenido en aumento. Esto refleja hoy una preven-

ción inefectiva de la transmisión del virus y por ende da cuenta de la necesidad de un mayor trabajo en la lucha contra la epidemia.

Tendencia epidemiológica

Se estima que el número de personas viviendo con VIH a nivel mundial asciende a cuarenta millones (UNAIDS, 2007), existiendo una tendencia al aumento en el número de mujeres, personas heterosexuales e individuos que pertenecen a comunidades de escasos recursos. Este fenómeno mundial muestra un cambio, pues los grupos más afectados ya no son necesariamente hombres homosexuales y trabajadoras sexuales como hace décadas. Esta es también una realidad en nuestro país, donde actualmente el VIH es un problema que puede afectar a cualquier persona, sin importar su orientación sexual (Ministerio de Salud, 2006). Lo anterior exige un cambio de enfoque en el desarrollo de estrategias efectivas de prevención y contención de la epidemia, las que deben considerar políticas y mensajes más inclusivos.

En Chile, el número estimado de personas viviendo con VIH o SIDA asciende a cuarenta mil, cifra que ha ido en aumento año a año desde la aparición del primer caso en 1984 (ver gráfico 1). La caracterización epidemiológica nacional apunta a fenómenos específicos que permiten identificar a la población que estaría en mayor riesgo. Estos fenómenos son:

¹ Una versión preliminar de este trabajo fue presentado en una mesa de discusión en diciembre de 2008 y comentado en dicha ocasión por Ana María Yévenes encargada de comunicaciones de la Vicaría Episcopal para la Familia y Pilar Planet de CONASIDA.

- Heterosexualización: aumento del riesgo en individuos que tienen relaciones sexuales con personas de otro sexo.
- Feminización: aumento de la velocidad con que las mujeres adquieren el VIH en comparación a los hombres.
- Pauperización: mayor riesgo para personas de escasos recursos.
- Ruralización: aumento en la velocidad de adquisición del virus en zonas rurales comparativamente con zonas urbanas.
- Menor nivel de educación: mayor número de personas afectadas se encuentran en el grupo con menor nivel de educación formal.

Respuesta de la sociedad

A nivel mundial, la epidemia de VIH genera múltiples situaciones de inequidad, estigma y discriminación (Levy y Kates, 2000), sumado a la alteración de los sistemas sociales y a la interposición de barreras que operan tanto en el día a día como incluso en los presupuestos nacionales para su tratamiento. Lo anterior ha instalado importantes desafíos para el sistema de salud, pues si bien, los índices de mortalidad están bastante estabilizados en Chile, los problemas y barreras generados por el VIH sobrepasan su baja prevalencia actual en comparación con otros países, justificando la incorporación de

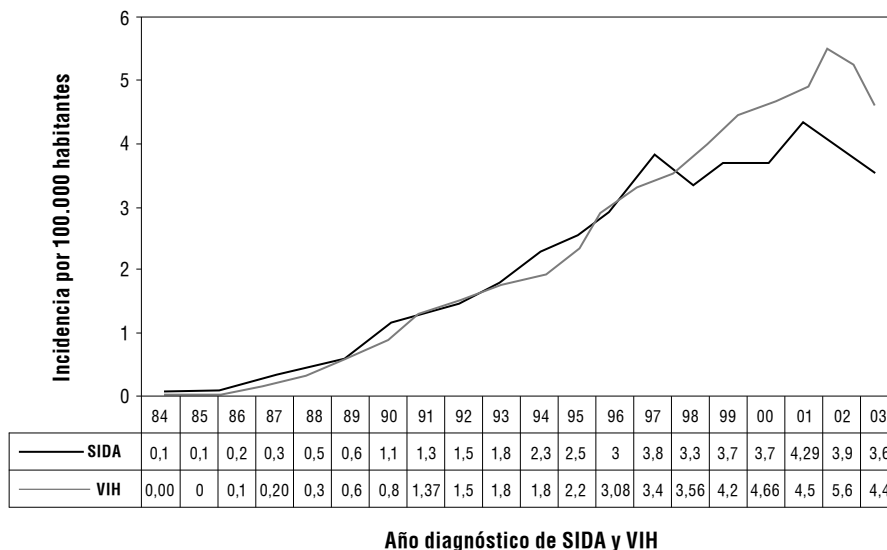
esta enfermedad dentro de las prioridades de salud del gobierno.

Chile ha debido reaccionar como sociedad frente a esta pandemia. Por un lado, se reconoce el surgimiento de CONASIDA como organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación global del Programa de Prevención y Control del SIDA en Chile. Cabe reconocerse que previo a esto, la sociedad civil ya se había organizado y había comenzado un movimiento social en torno al tema. (Ferrer, Issel y Cianelli, 2005).

Los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud a través de CONASIDA se han concretado en:

- Campañas de comunicación social en prevención de VIH y SIDA, que a partir del año 1991 han tenido por objetivo sensibilizar y educar a la población.
- Surgimiento de la Ley 19.779 de 2001, conocida como *Ley del SIDA*, que apunta a resguardar los derechos ciudadanos y los deberes de las personas en relación con el VIH, reduciendo el estigma y la discriminación asociada a la condición de vivir con el virus, junto con responsabilizar al Estado de liderar su prevención.
- Inclusión del VIH y SIDA en las Garantías Explícitas en Salud avalando así el acceso gratuito universal a la triterapia antirretroviral (Ministerio de Salud, 2005).
- Incorporación de la consejería para VIH con arancel FONASA.

Gráfico 1. Caracterización epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en Chile



Fuente: CONASIDA, 2003.

Tanto las campañas de comunicación social, como la promulgación de la mencionada ley, repercuten no sólo en las personas viviendo con VIH, sino en la población general. Es por esto que su forma y contenido como mensaje masivo a la población es crucial para contener efectivamente el avance masivo de la epidemia. En este contexto, el aumento constante del número de personas viviendo con VIH o SIDA y la complejidad de los problemas de salud que ello implica, ha obligado a resituar la vulnerabilidad y riesgo desde un grupo específico de personas hasta toda la población. Frente a esto, han surgido diversas estrategias a nivel gubernamental y no gubernamental, con el propósito de frenar el avance de la enfermedad y permitir que las personas viviendo con el virus tengan una buena calidad de vida en un entorno menos estigmatizador y discriminatorio.

La respuesta gubernamental en torno al SIDA ha estado desde los inicios liderada por la sociedad civil (Ferrer, 2004; Ferrer, Issel y Cianelli, 2005) y su operación gatilló la promulgación de la Ley del Sida, la que garantiza derechos fundamentales como son: (Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, 2001).

- Derecho a la atención en salud de las personas viviendo con VIH.
- Derecho al consentimiento libre e informado para la toma de examen de detección del VIH.
- Derecho a la confidencialidad sobre los resultados del examen y sobre el estado serológico.
- Derecho a voluntariedad en la realización del examen.
- Derecho a educación y trabajo para las personas que viven con VIH o SIDA.

Lamentablemente, la población posee escaso conocimiento acerca de la existencia de esta normativa legal, lo que repercute directamente en las acciones llevadas a cabo por las personas. Ejemplo de ello, es el temor presente en algunas personas frente a la realización del examen de pesquisa, dado el estigma y discriminación asociados al VIH, existiendo además desconocimiento en torno al derecho de confidencialidad el cual entrega garantía de que sólo el usuario o paciente puede ser receptor de sus resultados para la detección de VIH. Esto pudiese incidir en la decisión final de acudir o no a la realización del mencionado examen imposibilitando una detección temprana, lo cual en sí es una medida preventiva.

El desconocimiento de esta normativa se extiende incluso al personal de salud (Araya *et al.*, 2008), lo que es

complejo ya que son ellos quienes tienen una alta probabilidad de ser receptores de las dudas o inquietudes de las personas relacionadas con el VIH o SIDA y el estar bien informados les permitiría ser gestores del cambio social necesario en torno al virus. El desconocimiento de esta ley se ha producido por una falta de información a la comunidad a través de medios masivos de información y por la carencia de un debate previo acerca de su aplicación, pues no se ha invitado a los diversos actores sociales para apoyar su implementación y difusión. Una estrategia para poder dar a conocer la existencia y el contenido de esta normativa legal, sería su posicionamiento en medios de comunicación masivos, junto a la capacitación de trabajadores de la salud.

Adicionalmente, cabe señalar que la ley hace responsable al Estado de la prevención masiva y la entrega de cuidados dignos a personas en búsqueda de un diagnóstico o tratamiento para el VIH o SIDA. Un cambio de esta magnitud exige modificaciones por parte del sistema y el personal encargado de entregar cuidados a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria en la atención.

Los desafíos para la prevención primaria de VIH en Chile radican en la evolución epidemiológica y social que ha tenido la enfermedad en el país, pero también en las tres formas que la han caracterizado. Primero, la tendencia intervencionista que hemos tenido en Chile. Segundo, la falta de innovación y cuestionamiento de lo realizado a la fecha. Tercero, las campañas de prevención masivas con mensajes poco claros y carentes de un foco unitario, coherente y simple.

La tendencia intervencionista se refiere a la priorización de la búsqueda de tratamiento de enfermedades, más que a su prevención. Ese ha sido el foco principal de salud pública de nuestro país en este tema. Los efectivos avances en tratamiento de las personas afectadas por el virus han logrado disminuir su mortalidad, sin embargo la aparición de casi siete casos nuevos diarios en el país (Ministerio de Salud, 2006) delatan que las estrategias en prevención primaria no han funcionado. La mayor parte de los recursos se han destinado a tratamiento, sin embargo, no se han focalizado en activar a las personas tratadas como agentes promovedores de la prevención. En el discurso y dependiendo del lugar donde las personas se traten, se habla de integralidad, pero la realidad es que no hay una consideración real de prevención de la transmisión, por ejemplo en parejas serodiscordantes (parejas en las cuales sólo uno de sus miembros se encuentran viviendo con VIH o SIDA) o bien en la trans-

formación actitudinal de personas viviendo con VIH. No obstante, actualmente se establece que para una contención efectiva de la epidemia, un buen tratamiento que permita regular el manejo de cargas virales, es una estrategia preventiva en sí misma.

En los siguientes párrafos se presentan las campañas de prevención que se han realizado en el país, se ofrece un análisis crítico de ellas y se proponen ideas que favorezcan su mejoramiento. El permanecer categorizado dentro de los países con incidencias más bajas a nivel mundial, sitúa a Chile en un momento crucial para impulsar estrategias preventivas. Es importante generar una política que gatille la creación de estrategias que detengan el avance de la epidemia a niveles masivos, como ha ocurrido en países que en el pasado han mostrado las mismas tendencias presentes en Chile actualmente y en los cuales el número de casos se ha disparado.

Campañas de comunicación social

Las iniciativas nacionales de comunicación masiva se han establecido desde dos niveles, uno poblacional y otro individual. Un buen trabajo en ambas áreas debe lograrse un freno en la epidemia, sin embargo esto no se ha alcanzado en nuestro país. Campañas masivas y trabajo individual en el contexto de atención directa de pacientes en servicios de salud o vía telefónica, al no ser una prioridad, se han realizado sin un control de calidad exhaustivo y bajo una planificación que ha dejado fuera la evaluación rigurosa y basada en investigaciones científicas de necesidades, procesos y resultados de las mismas campañas.

La ineffectividad de ambas iniciativas realizadas queda de manifiesto en el país, no sólo por la tendencia actual de la epidemia, sino también por los conocimientos insuficientes que tienen los chilenos en general sobre el VIH y su prevención, los bajos niveles de percepción de riesgo, así como también, el relato de maltrato y atención de baja calidad al momento de solicitar información o un test que permita a las personas conocer su estado serológico.

Las estrategias adoptadas por las campañas de comunicación social, en un comienzo centraron sus esfuerzos en desarrollar y mantener la alerta social y la percepción de riesgo en grupos específicos. Mensajes masivos y socialización de conocimientos en torno a la prevención de VIH fueron entregados a la población con un enfoque centrado en el apoyo al manejo del riesgo individual, entregando un mensaje que dice relación con que cada persona es responsable de administrar de alguna forma

su propio riesgo basándose en la información adquirida durante la campaña. Sin embargo, existe una disonancia entre ese objetivo y la metodología para lograrlo, ya que a través de mensajes masivos es difícil alcanzar efectos individualizados, como CONASIDA se proponía.

Nueve Campañas se han realizado entre los años 1991 y 2007. A continuación se describe brevemente cada una de ellas:

- **I Campaña** (1991), utilizó la frase “*Yo estoy afectado(a) por el SIDA*”. Esta primera campaña tuvo por objetivo sensibilizar a la población a través de *spots* publicitarios realizados por líderes de opinión pública que declaraban estar afectados(as) por el SIDA. Adicionalmente se realizó una entrega de información bajo el *slogan*: “*Así da SIDA, Así no da y Cómo prevenirlo*”. Esta primera campaña logró posicionar la temática del VIH y SIDA en los medios de comunicación y permitió visibilizar el inicio de un programa de prevención y tratamiento de las personas afectadas, por parte de CONASIDA. De esta forma, el objetivo de sensibilización de la población, en términos de generar alerta respecto a la enfermedad fue alcanzado, pues fue la primera vez que se habló de manera abierta sobre VIH en los medios de comunicación, lo que en sí mismo generó problemas en términos de cómo enfrentar esta epidemia desde los diferentes actores sociales y las diferentes ideas religiosas o políticas.
- **II Campaña** (1993), utilizó la frase “*La Red de la Vida*”. Esta campaña tuvo por objetivo desarrollar una estrategia de entrega de información sobre temas relacionados con el SIDA, para que las personas pudieran encarar la conversación privada y familiar en torno a la temática. La idea fue situar el diálogo sobre VIH en la esfera social, familiar y laboral. Una de las críticas importantes a la campaña era que se utilizaron siluetas y sombras, no mostrando abiertamente rostros, por lo que parte de la población pudo percibir que el VIH permanecía como un tema oculto del que se no se podía hablar libremente.

Tanto la primera como la segunda campaña no entregaron información sobre formas concretas de prevención. Su mayor logro fue poner el tema del SIDA y el VIH en los medios de comunicación masivos. Sin embargo, los detalles de la epidemia no se abordaron claramente, lo que produjo confusión en las audiencias. Es más, por privilegiar un formato que parecía amigable, como manera de instalar el tema en la discusión pública sin parecer invasivo, se usaron juegos de

palabras e imágenes que eran ambiguas y difíciles de decodificar por parte del público, que no alejaron por lo demás las situaciones de estigma y discriminación asociados a la condición de vivir con VIH o SIDA.

- **III Campaña** (1994), bajo las frases “*Todos por la Vida*” y “*Elige la que quieras, pero elige una*”, la campaña tuvo por objetivos crear conciencia de riesgo sobre la posibilidad de adquirir VIH y difundir las medidas de prevención referentes a la transmisión sexual: abstinencia sexual, pareja única y uso correcto del preservativo. Con el objeto de situar la responsabilidad del cuidado en cada persona, la campaña entregó diversas estrategias concretas de prevención, impulsando la autonomía en torno al cuidado personal. Respecto al uso del preservativo, esta campaña desató la discusión entre la esfera científica y valórica, discusión que se mantiene hasta el día de hoy y que muchas veces ha opacado el foco real de los mensajes emitidos por las campañas. Se puede decir que el cambio de estrategia, desde la sensibilización a la instrucción expresa, obedeció a la falencia que se notó en las campañas I y II. Sin embargo, la forma de entregar el mensaje junto con no caer en equívocos respecto a cómo prevenir el SIDA, no tomó en cuenta el contexto cultural en el cual se realizaba la campaña, pues para muchos chilenos, no todas las alternativas son igualmente válidas. El slogan “*Elige la que quieras, pero elige una*”, supone que da lo mismo hacer una cosa o la otra, y éste fue uno de los puntos conflictivos que desencadenó el debate mediático. Por otra parte la campaña por sí sola no entregaba todas las herramientas para la toma de una decisión bien informada y la discusión entre diversos grupos terminó por ser el centro, generando finalmente más confusión que la entrega de un mensaje concreto.
- **IV Campaña** (1996), utilizó el slogan “*Hombre y Mujer*.” El objetivo de la cuarta campaña fue exponer la posibilidad de adquirir el virus en situaciones próximas. Utilizando micro escenas, se mostraban situaciones posibles que llevaban a las personas a hacerse diversas preguntas sobre el tema del SIDA y recurrir al teléfono confidencial (FONOSIDA). Esta campaña visibilizó situaciones en las cuales concretamente las personas se exponían al VIH y se señalaban como el momento en que las personas debían adoptar medidas de prevención. La crítica más fuerte provino de las personas viviendo con VIH, dado que el mensaje fue considerado como estigmatizador, ya que se utilizaba un punto rojo para señalar quién podría estar portando el virus. Las escenas hacían mención a una situación de riesgo entre una pareja en que uno de ellos aparecía con el punto rojo, y luego del encuentro ambos comenzaban a vivir con el punto rojo. Luego de esta campaña, las personas viviendo con VIH comienzan a organizarse con el objetivo de influir en los siguientes mensajes preventivos.
- **V Campaña** (2001), por un tema presupuestario esta campaña sólo permitió reposicionar y ajustar los spots televisivos de la IV Campaña. A pesar de que ya existían críticas a la campaña anterior no se hicieron cambios, con lo que se reactivó el debate en torno al carácter estigmatizador de la cuarta campaña, fortaleciendo la postura de las personas viviendo con VIH organizadas. A esto se sumó el hecho de que para esta campaña no se designaron fondos, aumentando el debate ya que según la opinión de algunos grupos, el gobierno no estaría dando prioridad a la prevención.
- **VI Campaña** (2004), estuvo orientada a provocar a la población enfrentándola con la incongruencia de su conducta: a pesar de tener los conocimientos preventivos necesarios, no los estaba utilizando de manera efectiva en la disminución del riesgo de contraer el VIH por la vía sexual. Esta campaña utilizó las frases: “*Ya sé prevenir el SIDA, ¿cómo no me cuidó?*”; “*Si no me cuidó del SIDA yo, ¿quién?*”; “*Si no me cuidó del SIDA ahora, ¿cuándo?*”. La articulación de este mensaje preventivo se daba en torno al supuesto de que la población ya manejaba información respecto al VIH, sin embargo, no existía certeza respecto a ese punto. No existen estudios profundos a nivel nacional sobre el conocimiento de la población respecto a las formas de prevención del VIH y la forma cómo se conecta dicha información básica con aquella más compleja y su aplicación. Esto se tradujo en una campaña construida sobre sólo un supuesto, generando consecuencias negativas sobre su efectividad en el cambio de conductas².
- **VII Campaña** (2005), tuvo por objetivo estimular en la población la conversación sobre la propia experiencia sexual, de tal manera de orientarla hacia una sexualidad del auto y mutuo cuidado, mediante el uso del preservativo. Esta campaña generó la aceptación de algunos sectores de la comunidad, ya que permi-

² La escasa efectividad de la campaña se comprueba con el hecho de que el número de personas viviendo con VIH o SIDA en Chile sigue aumentando cada año.

tió la participación social por medio del desarrollo de campañas regionales diseñadas desde la idiosincrasia de cada región y donde las agrupaciones de personas viviendo con VIH mostraron mayor aprobación. Sin embargo, la forma gráfica (una tipografía informal, que buscaba aparecer como “buena onda”, y refería el tema a un tópico liviano, no problemático y fácil de manejar) y los modelos que se usaron para la campaña causaron el rechazo de otros sectores que opinaron que la campaña banalizaba el acto sexual y lo descontextualizaba del marco de una relación de pareja estable. Todo desembocó en una discusión que dejó de lado el fin de la campaña: prevención de la transmisión de una enfermedad, llevando la atención a una discusión valórica. Por cierto, el enfoque de esta campaña no respetó la decisión autónoma de las personas dentro de su marco valórico, ya que sólo entregó información parcial. Tratando de aplicar un enfoque de salud pública simplista y poco pluralista, no se dio al público la información real, constituida por varias posibilidades frente a las que el ciudadano y su pareja pudiesen optar. En este sentido surgió una campaña que tuvo las características de un *commodity*, por ende no tuvo un alcance masivo.

- **VIII Campaña** (2006), utilizó la frase “*Mi vida la cuido toda la vida... siempre condón*”. Esta campaña tuvo por objetivos graficar que el uso del preservativo es una forma de cuidar la vida y que no sirve su uso ocasional, sino que debe ser una conducta permanente. A diferencia de las campañas anteriores, ésta mantuvo un mensaje que no contemplaba la decisión autónoma en términos de prevención, en esta campaña se entregó el mensaje directivo en torno a una forma de prevención específica. De alguna forma, esta campaña no fue culturalmente apropiada en la medida que al ser un mensaje directo contribuyó nuevamente al conflicto entre diferentes grupos de la sociedad. De esta manera se potenció la separación de las distintas posturas en términos de prevención, principalmente por el no respeto de la diversidad religiosa y espiritual, y sin considerar el respeto a la autonomía de las personas quienes debiesen ser informadas de todas las opciones, no sólo de una.
- **IX Campaña** (2007), con la frase “*Yo me cuido y me cuido siempre*”, el objetivo fue crear conciencia en la población sobre las implicancias de la presencia del VIH en la salud de las personas y de la importancia de prevenirlo a través de la abstinencia, fidelidad mutua o uso correcto del preservativo. Con esto se fomentó

la autonomía de la decisión respecto al propio cuidado. El reposicionamiento de las tres alternativas de prevención sin contextualizar cada una, nuevamente generó un debate valórico respecto a la forma de afrontar el VIH, desviando la atención de la contención de la epidemia a un debate social valórico.

A modo de visión general, las primeras cinco campañas nacionales, contaron dentro de sus principales logros con el posicionamiento de CONASIDA como principal emisor en torno al SIDA y su prevención. Adicionalmente, y luego de la evaluación de los resultados realizada por CONASIDA se informó que se había logrado generar acuerdo en relación a la importancia de realizar investigaciones y evaluaciones previas al diseño de las campañas, pilotear las mismas antes de su emisión masiva, y relevar la contextualización sociocultural de los receptores; priorizando la entrega de información concreta, directa y comprensible. Sin embargo, la forma en que se ejecutó estos acuerdos y la evaluación de ellos, no han sido reportados.

Este último punto cobra gran relevancia, dado que a pesar de que las primeras cuatro campañas tenían dentro de sus objetivos aumentar el nivel de información en torno al VIH en la población general, el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual de los Chilenos realizado el año 2000, mostró serios déficit de conocimiento en el área en una muestra nacional de 5.407 personas. Ejemplos de conocimientos errados sobre las vías de transmisión reportados son que un 48,2% cree que “el SIDA se evita teniendo relaciones sexuales sólo con personas de las que se está enamorado” y que un 39,7% afirma que “la enfermedad puede evitarse al no usar baños públicos”. Persiste además la creencia de que las personas viviendo con VIH o SIDA tienen una apariencia que delata la presencia de la enfermedad (CONASIDA y Agence National de Recherches sur le SIDA-Francia, 2000).

En el estudio realizado por Cianelli (2003) los hallazgos son similares, tres años más tarde sólo el 35% de las mujeres chilenas entrevistadas respondieron en forma correcta a la pregunta “la abstinencia es una de las formas de protegerse contra el VIH” y frente a la pregunta “la mayoría de las personas que viven con el VIH se ven enfermas” el 64% de las mujeres respondió en forma incorrecta. Finalmente, un 36% de las mujeres mencionó que su riesgo para adquirir VIH es muy bajo o no existe, situación que se contradice con el perfil de aquellas personas más afectadas por la epidemia. Estos resultados permiten apreciar que la información otorgada por las campañas no es retenida por un número importante de

la población, lo cual puede deberse a que los mensajes no se adaptaron a las necesidades concretas de las diferentes personas que conformamos la realidad nacional.

Se reconocen también aspectos positivos y desafíos pendientes de las campañas de prevención, sin embargo desde las primeras instancias, pareciera existir una disonancia entre el objetivo de lograr una autoadministración del riesgo y el ajuste de los contenidos emitidos en las propias campañas. A través de mensajes masivos es difícil lograr la adaptación de ellos hacia un mensaje individualizado que fuera útil, como CONASIDA se proponía. La adecuación de los contenidos para una buena administración por cada individuo exige un mensaje y contacto individual o en grupos pequeños que fortalezca lo recibido en una campaña masiva. Otro punto importante es que las campañas masivas no son capaces de integrar distintos contextos ni diferencias de creencias y valores. Todo lo contrario, tienden a unificar las pretensiones de lo que se considera verdadero y correcto desde el punto de vista normativo. Dado que el SIDA es un tema que tiene múltiples aristas, es difícil llevar a cabo una campaña de prevención a través de los medios masivos de comunicación y es por ello, que se deben asociar objetivos particulares a los distintos medios de comunicación, masivos y no masivos, y no pretender que la prevención se complete en el mensaje entregado por los medios de comunicación de masas.

Más importante aún, las campañas de prevención realizadas por CONASIDA han recibido críticas desde los diversos sectores de la sociedad, principalmente porque no han logrado el impacto esperado en prevención: el número de personas viviendo con VIH o SIDA ha aumentado, la percepción de riesgo y vulnerabilidad en general se mantiene baja y la toma de conciencia de la importancia de conocer el estado serológico propio no se ha logrado. Las campañas no han sido diseñadas de acuerdo a las necesidades específicas de la población en Chile, sino que se han centrado en mensajes masivos que no logran integrar aspectos culturales fuertemente arraigados en nuestro país, como el machismo, el maria-

nismo o el familismo. En el estudio realizado por Cianelli, Ferrer y McElmurry (2008), reportaron que el 100% de las mujeres entrevistadas mencionaron espontáneamente el concepto de machismo cuando se referían a su marido/pareja, padre, hermanos o suegro, señalando además que los hombres machistas creen en su superioridad sobre la mujer y que la infidelidad es parte de ser machista, por ende una conducta aceptable.

La no identificación personal con los mensajes entregados en las primeras campañas parece no producir el efecto esperado en el aumento de la percepción de vulnerabilidad, para muchas personas incluso es difícil recordar los mensajes entregados ya que éstos no captan su atención. Esta situación ha sido identificada en diferentes estudios realizados por la iniciativa Mano a Mano³, los cuales han indagado desde el año 2004 sobre la percepción de diferentes comunidades acerca de las campañas⁴. Como resultado de ello las personas manifiestan no sentirse identificados con las situaciones de vida ejemplificadas en los *spots* publicitarios. Esto tiene que ver por un lado con las características personales de los receptores de los mensajes en relación a su realidad familiar y social, su personalidad, y el contexto en que los mensajes son recibidos⁵.

Existe una falencia fundamental que tiene que ver con que las campañas no han sido evaluadas por organismos externos, no se han abierto las posibilidades de participar en estas campañas de prevención a la academia y no se han utilizado ejemplos exitosos como ha sido el de Uganda, España, Tailandia o Brasil, todos centrados en los valores particulares de cada sociedad y dirigidos a promover que las personas tomen sus propias decisiones, en un marco cultural claro al que se contribuye con toda la información científica disponible.

A nivel internacional se ha demostrado que la entrega de información aumenta el nivel de conciencia en términos de los posibles riesgos que pudiese asumir una persona, lo cual a su vez aumenta la percepción de vulnerabilidad. Esto se transforma en la variable crítica que gatilla que los sujetos comiencen a tener conductas preventivas.

3 Iniciativa en prevención de VIH y SIDA, inserta en la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que a través de la investigación científica busca establecer estrategias efectivas, adaptadas culturalmente, que permitan a los chilenos detener el avance del VIH (www.manoamano.cl). Iniciativa financiada por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos.

4 Estos estudios son: "Bringing men into HIV prevention in Chile" National Institute of Health, USA (NIH) Grant R01TW007674; 2006-2011; "Testing and HIV/AIDS prevention intervention for Chilean Women" National Institute of Health, USA (NIH) Grant R01TW006977; 2004-2009; "Mobilizing Health Workers for Community HIV Prevention in Chile" National Institute of Health, USA (NIH) Grant # 1 R03TW006980, 2004-2007.

5 Las condiciones del receptor en relación a la atención y posterior entendimiento de un mensaje han sido ampliamente estudiados por la Teoría de la Comunicación y siguen siendo uno de los temas más importantes en el estudio de las audiencias masivas. Autores fundamentales en este tema son los norteamericanos pertenecientes a la corriente denominada "Mass Communication Research" Harold Laswell, Paul Lazarsfeld, Elihu Katz, y los ingleses vinculados a los estudios culturales Stuart Hall, Roger Silverstone y David Morley.

Esta última aseveración nace del Modelo de Creencias en Salud⁶, que sumado a lo propuesto por Bandura (citado en Peterson John y DiClemente, 2000), dan forma a un potencial cambio de conducta. En este contexto, el hecho de que gran parte de la población no retuviera la información entregada en las primeras campañas, pudo contribuir a un débil análisis sobre la propia vulnerabilidad, no logrando el efecto deseado. Esto podría deberse a que la entrega de mensajes no ha sido individualizada respecto a las necesidades de la población general, es decir, el carácter masivo de los mensajes puede haber afectado la recepción del mismo, dado que no responde a las inquietudes particulares de la población.

A esto se suma el foco en sólo tres frentes de prevención, e incluso la mayor parte de las veces en sólo uno: A (abstinencia), B (fidelidad mutua) y C (uso de preservativo), todas estrategias útiles pero que exigen ser contextualizadas e incorporar el elemento cultural en su transmisión. Asimismo, se plantean como alternativas excluyentes y no se abren posibilidades para que los individuos evalúen una combinación entre ellas, adecuando y seleccionando personalmente sus acciones a su situación de vida. Para que la información permita que los individuos participen activamente en su cuidado se requiere del empoderamiento de estos últimos y la incorporación de otros elementos como consejería efectiva con buen control de calidad, fácil acceso al test de VIH, buen entrenamiento de los trabajadores de la salud y profesores en el tema, entre otros.

Sumado a lo anterior, según Bandura la presencia de desconocimiento y creencias erróneas en torno a la enfermedad afectan la autoeficacia de las personas en la adopción de estrategias de prevención. De esta forma, una intervención efectiva en VIH que busque el cambio conductual, debe incluir la entrega de información con la consecuente verificación de la comprensión de la misma, aumentando con ello el nivel de conocimientos en torno a conductas de riesgo que pudiesen originar un posible contagio de VIH. La información debe además acompañarse de la entrega y ejercicio de herramientas efectivas en prevención. De ahí se desprende una de las falencias más importantes en las campañas de prevención que han surgido en nuestro país y que tiene que ver

con el hecho de que los mensajes entregados han sido aislados, parcializados en el tiempo y no han contemplado diagnósticos ni evaluaciones rigurosas en cuanto a los logros obtenidos.

Por otra parte, un número importante de chilenos continúa teniendo opiniones y creencias erradas en relación al VIH y el SIDA, lo cual ha sido corroborado por la iniciativa Mano a Mano. Ello da cuenta de que las campañas no han logrado el impacto deseado, persistiendo aún serias debilidades en conocimientos básicos respecto a la enfermedad, a lo que se suma el desconocimiento de la existencia de la normativa legal existente.

Aun cuando existen algunos intentos de evaluación de necesidades previos a las campañas, luego de procesos y resultados, éstos no han sido publicados con los detalles necesarios como para evaluar su efectividad, así como tampoco los diseños de dichas evaluaciones permiten una comparación que avale la elección de una u otra, o bien, la emisión de un juicio de efectividad. Pareciera además que es necesario un trabajo más colaborativo con miembros de la sociedad civil (no sólo los grupos de personas viviendo con VIH), además de la academia que no ha participado mayormente hasta hoy.

Asimismo, junto a la entrega de un mensaje informativo se deben utilizar estrategias complementarias que favorezcan indirectamente la disminución de conductas de riesgo. Ejemplo de esto es la utilización de una consejería de buena calidad, que no sólo esté disponible frente a la realización de un test de pesquisa, sino a disposición de la población en cualquier centro de atención de salud o de los alumnos en instituciones educacionales. El logro de esto en sí mismo es complejo, aún persiste la ignorancia y el miedo en trabajadores de la salud y aún más en profesores (situaciones reportadas en la escasa literatura disponible en el país). La capacitación de estos grupos puede parecer muy costosa e inalcanzable, sin embargo el costo de una persona afectada por el virus es aún mayor. Existen también experiencias en el país que han demostrado que una capacitación integral para la prevención de VIH mejora la atención en salud e incluso disminuye las conductas de riesgo personales y profesionales de aquellos entrenados.

6 El Modelo de Creencias de Salud o *Health Belief Model*, fue originalmente desarrollado en los años cincuenta por un grupo de especialistas en psicología social encabezados por Hochbaum (1950), en la búsqueda de una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se ha adaptado para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas. Este modelo es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa. En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa o la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso.

Otro punto importante es la falta de innovación y adaptación cultural de los mensajes entregados. Hasta la última campaña masiva, recibíamos un mensaje directivo, poco integrador, carente de respeto a la autonomía de las personas, por ende poco pluralista y centrado en la entrega de información sesgada. El sólo hablar del uso de preservativos, ha mostrado no ser en sí misma la información que logra un cambio de conducta. Revisiones exhaustivas de literatura han demostrado que la entrega de un mensaje unitario no es suficiente. Prevención efectiva requiere la entrega de diferentes alternativas concretas frente a las que los individuos y parejas puedan escoger. No podemos olvidar que el VIH se transmite en Chile en un 90% de los casos por relaciones sexuales, por ende un enfoque simplista no resulta para enfrentar situaciones de complejidad tan vastas como la naturaleza humana. Además, no se puede desde una campaña masiva normalizar y promover conductas que en sí mismas son riesgosas o no son saludables, como la tenencia de múltiples parejas sexuales o la iniciación sexual precoz como un mensaje masivo aislado y descontextualizado de la realidad.

Desafíos para una nueva política en prevención

En el contexto nacional expuesto en relación al VIH es válido plantearse cómo debieran mejorarse las estrategias generadas hasta el momento. Los lineamientos internacionales en torno a la prevención apuntan a una adaptación cultural de acuerdo a las necesidades de cada nación (UNAIDS, 2007). Dicho antecedente, hace alusión al elemento central que debiera existir anteriormente a cualquier campaña de prevención: la evaluación de necesidades específicas en diagnósticos comunitarios de necesidades, respondiendo a la pregunta ¿qué es lo que necesitan y consideran aceptable los diferentes grupos en el país en torno a prevención de VIH?

Este proceso requiere además ser realizado a través de metodologías rigurosas y apropiadas que permitan evaluar las estrategias durante su desarrollo, lo que además fortalecería la evaluación de las diferentes estrategias una vez finalizadas. Con ello y a partir de los logros obtenidos, sería posible avanzar en la búsqueda y utilización de metodologías innovadoras.

Una política comunicacional en VIH es más que una campaña masiva, lo que ha demostrado no ser suficiente. Los mensajes entregados a la población, además de proveer información certera respecto a la temática del VIH, deben proveer canales de derivación directos, que permitan a las personas acceder en forma expedita

a distintos agentes que sean capaces de resolver sus inquietudes inmediatas. Actualmente esto no es una realidad en el país de acuerdo a lo reportado por chilenos de diferentes grupos sociales. La incorporación de FONOSIDA a partir de la IV Campaña, fue un avance en estos términos, sin embargo, debe tener una mejor regulación que asegure su disponibilidad y calidad. Además, este esfuerzo debe ser fortalecido por la entrega de información en el contexto del derecho que poseen los ciudadanos a consejerías individuales, las cuales deben ser realizadas por profesionales idóneos y capacitados en el área, derecho que no es respetado en todos los centros de salud, ya que en algunos de ellos la toma de muestra para el examen no conlleva la entrega de información y acompañamiento que implica una consejería.

Claramente, la evidencia da a conocer la necesidad de un cambio en nuestro país. Los números, a pesar de que conocemos las irregularidades en la detección y reporte de personas viviendo con VIH, hablan de un país que enfrenta hoy un camino con dos salidas. O bien mantenemos la estructura de trabajo habitual, es decir el *status quo* en este tema, o innovamos y establecemos un quiebre en el avance de la epidemia, alejándonos de las tendencias de nuestros países vecinos.

Esta innovación está en la línea de la incorporación de la consejería como foco de las campañas de prevención, énfasis que fue recientemente incorporado en la última de ellas. Sin embargo, esto por sí sólo puede llevarnos a mantener el fracaso. Hoy el VIH requiere mayores estudios, mayor conciencia de nuestros valores culturales, mayor trabajo colaborativo, incorporación de estrategias que han sido efectivas a nivel internacional, mayor pluralismo y la incorporación de capacitación para los trabajadores del área de la salud y la educación con un control permanente del trabajo realizado. Esto se debe sumar a una disponibilidad real de consejería, hoy ausente, que se acompañe de un acceso permanente al test de VIH. Las condiciones actuales han llevado a la falta de entrega de resultados e incluso a la muerte de personas, ante lo cual debe establecerse un proceso rápido centrado en las personas y no en las conveniencias del sistema de salud.

Una opción real y ampliamente utilizada a nivel internacional, es el test rápido para VIH con secreción oral, que junto a una consejería pre y post test, ofrece en alrededor de una hora un resultado preliminar de la misma calidad que el test de ELISA para VIH. El uso de la prueba rápida con consejería, asegura que casi un 100% de las personas que se hacen la prueba reciben resultados

preliminares, a diferencia de las dos a tres semanas de espera, sino más, del test de ELISA que también requiere confirmación. En Estados Unidos se reporta que de un 30% a 60% de personas que se hacen la prueba no regresan por su resultado, esta información no tiene acceso público y actualizado en nuestro país.

Finalmente, resulta necesario fortalecer los centros de documentación y su eficaz funcionamiento como parte de la estrategia de prevención, ya que permiten tener conocimiento y acceso a los esfuerzos ya realizados en el país y a las evaluaciones de los mismos, lo que sin duda permitirá un avance más expedito en el diseño de futuras estrategias. Por otro lado, estos centros permitirían contar con un análisis de los esfuerzos realizados en otros países que pueden dar luces de cómo otras experiencias han logrado ser exitosas en la prevención. Uganda es un claro ejemplo de cómo el avance del VIH puede ser detenido a través de la entrega de información, el acercamiento de las personas a los sistemas de salud y la generación de redes de derivación y apoyo que permiten dar un trato individualizado a los requerimientos de las personas, todos elementos que adaptados culturalmente a nuestra realidad nacional, pudiesen fortalecer la prevención en Chile (Stoneburner y Low-Beer, 2004).

Conclusiones

Chile necesita un cambio en relación a la prevención de VIH ya que se encuentra en un periodo crítico en que la epidemia aún es incipiente, es decir, se está a tiempo de llevar a cabo modificaciones que permitan detener el avance de esta epidemia. Para esto es indispensable aumentar el diálogo entre la academia, entidades gubernamentales, no gubernamentales y la sociedad civil en general, además de entre las personas que viven con el virus. Se debe situar la discusión en cómo generar estrategias exitosas que permitan lograr un cambio actitudinal y conductual en la población, necesario para llevar a cabo las acciones preventivas.

A lo anterior se suma la necesidad de incorporar aspectos biomédicos en la prevención, como la circuncisión, el diagnóstico rápido y precoz con la utilización de tests rápidos ampliamente utilizados en otros países, además del tratamiento de fácil acceso y dentro de un contexto no discriminatorio de otras infecciones de transmisión sexual. El uso de nuevas tecnologías de tamizaje accesibles y fáciles de usar, que ayuden a que las personas conozcan su diagnóstico, es crucial. Ejemplo de ello es el test rápido con fluido oral que corresponde a un examen

de tamizaje que utiliza secreción bucal, y que en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo junto a una consejería pre y post resultado entregada por personal capacitado y en evaluación permanente, ha logrado aumentar el porcentaje de personas que termina conociendo su estado serológico. Esto ha mostrado ser crítico en otros países, donde se ha demostrado que en sí mismo, conocer el estado serológico es una estrategia de prevención, ya que genera cambios conductuales favorables (CDC, 2008).

Como ya se mencionaba, en Estados Unidos un 30% de las personas que realiza el test tradicional de sangre (ELISA) no regresa a buscar el resultado. A pesar de los esfuerzos de Mano a Mano en Chile, junto a World Health Care Infrastructures y con el apoyo de grupos de la sociedad civil, la incorporación del test oral no se ha logrado en el país. El test de fluido oral, instrumento frente al que existe reticencia en distintos niveles asociados a entidades gubernamentales, no es contemplado como una opción ya que mejorar la pesquisa de personas viviendo con VIH no se considera una necesidad y por ende no es una prioridad. Además no se reconoce la necesidad de innovar en esta área, a pesar de los graves hechos de falta de entrega de resultados que han llevado a la muerte a chilenos en distintos lugares del país, o bien los han hecho vivir en desconocimiento de su condición. Es importante promover el conocimiento del estado serológico, ampliando la cobertura y mejorando el acceso de las personas, de tal forma que el test sea en sí mismo parte de la política de prevención de VIH instalada desde la entidad gubernamental.

Por otra parte, la sexualidad continúa siendo un tema tabú en nuestra sociedad, lo que por cierto dificulta la conversación clara entre las personas en términos de su propio riesgo y las formas de prevención que adoptarán en sus vidas. Sin embargo, la aproximación al tema no puede ser la misma para todos los individuos, cada grupo de personas tiene necesidades y barreras particulares para tratar el tema de la sexualidad y el VIH, las que deben ser dilucidadas en forma previa a la entrega de información para llevar a cabo un proceso que respete la identidad personal y cultural de las personas. Buenas estrategias de prevención se deben enmarcar en investigaciones rigurosas y de calidad que incorporen no sólo diseños exploratorios y descriptivos. Debemos avanzar a diseños más complejos que nos aseguren que las intervenciones realizadas sean las más apropiadas para los receptores de la información. Por ejemplo, no se debiera asumir que todas las personas son sexualmente activas

en el momento de diseñar los mensajes preventivos; muchos jóvenes, incluso adultos, no lo son por distintas razones —opciones personales, culturales, credos religiosos, estructura de valores— y resulta agresivo e irrespetuoso no considerar su autonomía e individualidad.

Adicionalmente, en las campañas no se debe continuar con mensajes parciales, que sólo contribuyen a que las personas sigan asociando la prevención del VIH solamente a la idea del uso del preservativo, desconociendo su propia vulnerabilidad y situando el riesgo en grupos específicos. El esfuerzo debe apuntar a conocer a los receptores de la información que queremos entregar y a iniciar un diálogo que continúe más allá de un *slogan* publicitario aislado en el tiempo y entregado por un medio de comunicación a una masa entendida como homogénea. Frente a una temática compleja se requiere entregar no sólo información estadística y técnica, sino también vivencias, sentimientos y procesos personales de maduración. Esto exige un acercamiento a las comunidades desde personas capacitadas, siendo fundamental entrenar a los trabajadores de la salud y a los profesores de colegios en esta área, hoy deficitaria en sus currículum de formación. En resumen, el mensaje masivo sólo sirve para introducir a la población al tema y es insuficiente por sí mismo. Debe ser complementado por un acompañamiento cercano desde el trabajo participativo en las diferentes comunidades afectadas por esta epidemia, es decir, todos los chilenos y chilenas.

Chile necesita un cambio en las estrategias de prevención de VIH, los números y las personas lo corroboran. Se requiere mayor innovación, integración, pluralismo, autocrítica, mejor calidad en los procesos, coordinación entre diferentes actores de la sociedad, pero por sobre todo, mayor apertura y humanización en la atención ofrecida en relación a un problema social como es la epidemia del VIH en Chile. Todos somos responsables del momento en el que estamos hoy y podemos contribuir a generar un cambio.

Referencias

- Araya, A., Norr, K., Norr, J., Ferrer, L., Bernales, M., Cabieses, B., *et al.*, 2008. Health care workers and AIDS law: Regulation and practice gaps? [Abstract] XVII *International AIDS Conference*, Ciudad de México.
- CDC, 2008. HIV Testing. En <http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/> Accedido el 3 de septiembre, 2008.
- Cianelli, R., Ferrer, L. y McElmurry, B., 2008. Issues on HIV Prevention Among Low-Income Chilean Women: Machismo, Marianismo, and HIV Misconceptions. *Culture, Health and Sexuality*, 10(3), 297-306.
- Cianelli, R., 2003. HIV/AIDS issues among Chilean women: Cultural factors and perception of risk for HIV/AIDS acquisition. Tesis Doctoral. Universidad de Illinois Chicago, Health Sciences Center, USA.
- Comisión Nacional del SIDA. *Políticas y estrategias de prevención*. En <http://www.minsal.cl/> Accedido el 14 de julio, 2008.
- Comisión Nacional del Sida (Chile) y Agence National de Recherches sur le SIDA, (Francia), 2000. *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual*. En <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/vih/vih2007/centrodedocumentacion/documentostecnicos/EstudioNacionaldecomportamientosexual1998.pdf> Accedido el 14 de julio, 2008.
- Ferrer, L., 2004. *NGOs: Communities organizing around HIV/AIDS in Santiago*. Tesis Doctoral, Universidad de Illinois Chicago, USA.
- Ferrer, L., Issel, M. y Cianelli, R., 2005. Stories from Santiago: HIV/AIDS and needed health systems change. *Advances in Health Care Management*, 5, 31-72.
- Greenwald, J., Burstein, G., Pincus, J. y Branson, B., 2006. A Rapid Review of Rapid HIV Antibody Tests. *Current Infectious Disease Reports*, 8,125-131.
- Levi, J. y Kates, J., 2000. HIV: Challenging the health care delivery system. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1033-1036.
- Ley N° 19.779. Establece Normas Relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana y crea Bonificación Fiscal para Enfermedades Catastróficas, Publicada en el Diario Oficial el 14.12.01. En http://www.minsal.cl/juridico/ley_19779.doc Accedido el 22 de septiembre, 2008.
- Ministerio de Salud, 2006. *Evolución del VIH/SIDA Chile, 1986-2005*. DIPLAS-MINSAL. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud, 2005. *Garantías explícitas en salud: Guía clínica síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. VIH/SIDA*. En <http://www.minsal.cl> Accedido el 20 de noviembre, 2007.
- Peterson J. y DiClemente, R., 2000. *Handbook of HIV prevention* (1ª edición) New York: Kluwer academic/plenum Publisher.
- Stoneburner, R. y Low-Beer, D., 2004. Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda, *Science*, 304, 714-718.
- UNAIDS, 2007. *Situación de la epidemia de SIDA*. En http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf Accedido el 31 de marzo, 2008.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

VICERRECTORÍA DE COMUNICACIONES Y ASUNTOS PÚBLICOS
DIRECCIÓN DE ASUNTOS PÚBLICOS

Alameda 390, 3^{er} piso. Teléfono: 354 6637. Email: asuntospublicos@uc.cl www.uc.cl