

Percepción de personas que viven con VIH/sida de la política de salud chilena

Oscar Labra* & Carmen Neira**

Resumen

Este artículo es una versión revisada de una investigación realizada durante el año 2001 del autor principal. La investigación se basa en un paradigma cualitativo, centrado en el estudio de las políticas de salud de VIH/sida en Chile, y la percepción de estas políticas de personas que viven con la infección. Los resultados ponen de manifiesto, a partir de las descripciones que hacen los sujetos de sus experiencias, la necesidad de desarrollar políticas de salud, coordinadas e intersectoriales en torno al VIH/sida. Los hallazgos de la investigación han sido confrontados con el estado epidemiológico actual de la infección así como a la significación social que adquiere esta a través del tiempo.

Palabras clave: VIH/sida, política salud, persona viviendo con VIH/sida, prevención.

INTRODUCCIÓN

La investigación se realizó intentando responder a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las políticas que implementa el Servicio de Salud del Maule y la percepción de las personas sintomáticas de VIH/sida hacia estas políticas? A partir de esta pregunta de investigación se formuló un objetivo general el cual estuvo dirigido a conocer la Política de Salud en torno a la población VIH/sida sintomática, y su efecto en la población objetivo de acuerdo a como ellos la perciben, en la Circunscripción del Servicio de

Salud del Maule, específicamente en la Comuna de Talca, Región del Maule, Chile.

En el año 1990 es creada la Comisión Nacional del sida (Conasida) del Ministerio de Salud, desde ese entonces a los distintos gobiernos de la Concertación le ha correspondido promover y facilitar procesos orientados a que la sociedad asuma la Prevención y la disminución del impacto biosicosocial del VIH/sida y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

MÉTODO, DISEÑO Y MUESTRA DEL ESTUDIO

La investigación fue de tipo fenomenográfica. Participaron en el estudio 13 personas sintomáticas de VIH/sida de la región del Maule que recibían atención y cuidados en el Hospital Regional de Talca. La fenomenografía no pretende efectuar una des-

¹² Asistente Social, Magíster en Trabajo Social y Políticas Sociales, PhD. (C) en Servicio Social, Universidad Laval, Québec, Canadá, olabra67@hotmail.com

¹³ Asistente Social, profesora asistente, docente de cátedra de investigación cualitativa, Programa de Magíster, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Concepción, Chile, oneira@udec.cl

cripción de las representaciones mentales de la realidad que poseen los sujetos, en este caso de las personas sintomáticas de la infección por VIH/sida, sino que analiza las maneras de cómo son percibidas esas representaciones por ellos. Las técnicas empleadas para la recopilación de los datos fueron: la técnica de “entrevista en profundidad”, herramienta que permite al investigador profundizar en torno a las experiencias, sentimientos y emociones de los entrevistados y la técnica de “análisis de fuentes secundarias”. A los entrevistados se les pidió su consentimiento para que las entrevistas fueran registradas en “banda de audio”. Para determinar la muestra se utilizó el procedimiento de muestreo “bola de nieve”, y para determinar la cantidad de casos fue empleado el criterio de “saturación”. La “saturación” es el fenómeno por el cual el investigador juzga que las últimas entrevistas, documentos u observaciones no aportan más información suficiente o nueva para justificar o continuar con las entrevistas, es decir, cuando la información comienza a ser repetitiva¹⁴.

ESTADO DEL ARTE

La historia de sida en Chile comienza a escribirse desde 1984 con la notificación del primer caso en el país. Desde entonces al 30 de agosto de 2006 se han detectado 15.537 casos de VIH/sida a nivel nacional, de los cuales 10.554 corresponden a VIH y 4.983 a casos de sida. Del total de casos sida en Chile 4.411 corresponden a hombres y 572 a mujeres. Este crecimiento de la infección ha ido teniendo en el tiempo, tanto en la región de Latinoamérica como en el Caribe y Chile mismo un incremento

en la cifra de mujeres infectadas, lo que confirma una tendencia a la feminización de la epidemia. La tasa de notificación nacional según edad al diagnóstico se da mayoritariamente en el tramo de 30-34 años de edad, período de mayor actividad laboral y desarrollo individual y socioeconómico de las personas. Para el caso de la región del Maule esta tasa de notificación según edad se da en el tramo de 25 a 29 años¹⁵.

Ahora bien, la tasa de notificación nacional para el período 1984 a 2005 ubica a la Región del Maule en el séptimo lugar a nivel nacional, con un 48% de las notificaciones por cada 100.000 habitantes. La distribución porcentual por sexo en la región para el período 1987 a 2005 le asigna un 75% de casos a los hombres y un 25% a las mujeres. La transmisión sexual, con el 97,4% de los casos, constituye el modo de transmisión más importante, mientras la transmisión sanguínea alcanza el 1,0% y la transmisión madre e hijo (vertical) constituye el 1,6%. Agreguemos que las 10 primeras comunas con mayores tasas de incidencia VIH/sida 7 (70%) corresponden a la Región Metropolitana, 2 (20%) a la V región y una (10%) a la región del Maule, caso de Hualañé¹⁶.

Antes de la creación de la Conasida el tema estaba siendo tratado exclusivamente como un problema biomédico. Las características propias de la enfermedad exigieron la construcción de respuestas intersectoriales y la creación de una organización interdisciplinaria. El VIH/sida se asociaba directamente a las conductas sexuales de las personas, tema considerado aún reservado y

¹⁴ Pires A. (1997). L'échantillonnage et quelques types d'échantillons dans la recherche qualitative, dans Poupart, J. et coll. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 134-167.

¹⁵ Beltran C. (2006). Jornada de Actualización en VIH/sida, “Avances en Tratamientos ARV”, Minsal, 5 de septiembre, Talca, Chile.

¹⁶ Ministerio de Salud (2003). Boletín Epidemiológico VIH/sida, *Serie documentos Conasida*, N°15, diciembre, Santiago: Conasida, 15 p.

no desarrollado plenamente por la gente¹⁷,¹⁸,¹⁹,²⁰,²¹. Agreguemos que esta asociación de VIH/sida a prácticas sexuales, ha motivado un gran número de investigaciones. En este sentido, la gran parte de estudios en ciencias sociales centrados sobre la población homosexual se han inclinado sobre los comportamientos sexuales de riesgo de la epidemia²². Siempre en el ámbito de la población homosexual, investigaciones no empíricas han sido clasificadas en dos categorías de investigación: aquellas que abordan específicamente los cambios en las prácticas sexuales y en los factores de riesgo²³,²⁴ o en dominios conexos²⁵,²⁶.

En la población heterosexual encontramos aquellas investigaciones que hacen referencia a los comportamientos sexuales

de riesgo²⁷,²⁸,²⁹,³⁰,³¹,³²; en mujeres³³,³⁴ y también sobre el desarrollo de la infección³⁵,³⁶.

Hasta 1996 contraer el VIH en Chile era considerado una sentencia de muerte y alrededor del 90% de los pacientes fallecía en el curso de tres años³⁷. A fines de 1996 se inició una nueva era al descubrirse que el uso combinado de ciertas drogas recientemente desarrolladas podían prolongar sustancialmente la vida de los pacientes. Simultáneamente, se aisló un gen que parecía proteger a algunas personas de la infección por VIH. Por primera vez en la historia de ésta epidemia se vislumbró una esperanza y desde entonces los pacientes sometidos a tratamientos multisociados han mejorado su pronóstico en términos de la sobrevivencia a la que pueden alcanzar, lo que para ciertos

¹⁷ Castle S. (2004). Rural children's attitudes to people with HIV/AIDS in Mali: the causes of stigma, *Culture, Health & Sexuality, January-February*, vol. 6, N° 1, pp. 1-18.

¹⁸ Ostrom A., M. Serovich, J. Lim, y T. Mason (2006). The role of stigma in reasons for HIV disclosure and non-disclosure to children, *AIDS Care*, January, Vol. 18 N°1, p. 60-65.

¹⁹ Perreault M. (1995). La stigmatisation du sida, in VIH/sida : Une approche multidisciplinaire, (dir) Reidy Mary et Marie-Élisabeth Taggart, Éditeur Gaëtan Morin, p. 423-28.

²⁰ Ramirez-Valles J., S. Fergus, C. Reinsen, P. Poppen y M-C Zea (2005). Confronting Stigma: Community Involvement and Psychological Well-Being Among HIV-Positive Latino Gay Men, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, vol. 27 N°1, February, p. 101-119.

²¹ Herek G. Y E. Glunt (1988). An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS. *American Psychologist*, vol. 43, N°11, 886-891.

²² Brendstrup E. Y K. Schidt (1990). Homosexual and bisexual men's coping with the AIDS epidemic: qualitative interviews with 10 non-HIV tested homosexual and bisexual men, *Social science and medicine*, vol. 30, N°6, p. 713-20.

²³ Pollak M. y M-A. Schiltz (2001). Les homosexuels français face au sida : Modifications des pratiques sexuelles et émergence de nouvelles valeurs, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15 N° 2-3, (ISBN 0702-8997), p. 53-64.

²⁴ Shoptaw S. y D. Frochs (2000). Substance Abuse Treatment as HIV Prevention for Men Who Have Sex with Men, *AIDS and Behavior*, vol. 4 N° 2, p. 193-203.

²⁵ Jalbert Y. (1999). Comprendre le processus de sortie chez les gais : un préalable à la recherche et à la prévention du VIH, *Revue Sexologique*, vol. 7, N° 1, printemps, p. 119-156.

²⁶ Bilbeau G. Y R. Murbach (1991). The Deconstruction of the AIDS Universe, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15, N° 2-3, p. 5-11.

²⁷ Cochran S. y L. Peplau (1991). Sexual risk reduction behaviours among young heterosexual adults, *Social science and medicine*, vol. 31, N° 1, p. 25-36.

²⁸ Lyttleton C. (1994). Knowledge and meaning: the aids education campaign in rural Northeast Thailand, *Social science and medicine*, vol. 38, N° 1, p. 135-46.

²⁹ Samson J-M., J. Lévy, A. Dupras y D. Tessier (1993). Active oral-genital sex among married and cohabiting heterosexual adults, *Sexological Review*, vol. 1, N° 1, p. 143-156.

³⁰ Campbell C. (1995). Male gender roles and sexuality: implications for women's aids risk and prevention, *Social science and medicine*, vol. 41, N° 2, p. 197-210.

³¹ Miller K., L. Clark, D. Wendell, M. Levin, R. Gray y C. Velez (1997). Adolescent heterosexual experience: A new typology, *Social science and medicine*, vol. 20, N° 3, p. 179-86.

³² Muecke M. (1992). Mother sold food, daughter sells her body: the cultural continuity of prostitution, *Social science and medicine*, vol. 35, N° 7, p. 891-901.

³³ Giffin K. y C. Lowndes (1999). Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice, *Social science and medicine*, vol. 48, N° 3, p. 283-92.

³⁴ Harvey S., L. Beckman y S. Thorburn (2003). Feeling powerful in heterosexual relationships: Cultural beliefs among couples of Mexican origin, *Culture health & sexuality*, vol. 5, N° 4, p. 321-337.

³⁵ Crane J., K. Quirk Y A. Van Der Straten (2002). Come back when you're dying: the commodification of AIDS among California's urban poor, *Social science & medicine*, vol. 55, N° 7, p. 1115- 27.

³⁶ Munguti K., J. Grosskurth, K. Newell, F. Senkoro, F.Mocha, J. Todd, P. et al.(1997). Patterns of sexual behaviour in a rural population in north-western Tanzania, *Social science & medicine*, vol. 44, N° 10, p.1553-61.

³⁷ Ministerio de Salud (2000). Informe Final: "Programa de Prevención y Control del VIH/sida y las enfermedades de transmisión sexual", Conasida, Santiago de Chile.

autores ha sido denominado como “*l’effect Lazare*”, el cual está ligado a una segunda vida, un “*revival*”³⁸. No obstante este inmensurable desarrollo en este campo de la medicina, que en diez años ha logrado más avances que en cualquier otra epidemia que se conozca en la historia de la humanidad, queda aún mucho por hacer en lo concerniente a los efectos secundarios que producen los tratamientos anti-*retrovirales* (HAART: *highly active anti-retroviral treatment*).

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación, han sido ordenados en función de categorías que fueron construidas luego del análisis fenomenográfico realizado al material recogido de las entrevistas.

VISIÓN DE SU ENFERMEDAD

En la vivencia de la enfermedad existen dos categorías importantes que señalan los entrevistados, las que tienen que ver con la *muerte social* y la *discriminación social*. Esta situación conlleva la vieja noción del pecado “seres de última categoría, poco preocupadas de sí mismos, promiscuos”, etc. Si se concibe a la salud “como un completo bienestar físico, mental y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, derecho reconocido en la Constitución Política de Chile en su Art. 19, resulta altamente relevante desarrollar capacidades que permitan potenciar el tratamiento de la epidemia desde un paradigma de intervención biosicosocial, para un efectivo bienestar de la persona que vive con VIH/sida (PVVIH/sida).

³⁸ Lévy J., A. Bourdages, R. Bastien et al. (2001). Les PVVIH à l’ère des multithérapies en Vulnérabilités et Prévention VIH/sida: Enjeux contemporains, (dir) G. Godin, Joseph j. Lévy y German Trottier, p. 201-213.

PROCESO DE NOTIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN

Con respecto a la metodología a emplear para llevar a efecto la notificación de la infección, el Ministerio de Salud a través de la Conasida, ha elaborado un modelo teórico respaldado por una reglamentación contenida con bases jurídicas en la Resolución Exenta N° 211 de marzo de 1994 y en la resolución N° 311 de febrero de 2001³⁹. Con el tiempo el Sistema de Salud chileno ha ido viviendo una evolución favorable en este sentido en materia de administración de los cuidados de salud, que han permitido hacer parte al VIH/sida en éste protocolo, nos referimos con ello al Proyecto de Ley de Régimen de Garantías del año 2003 y a lo que hoy conocemos como Garantías Explícitas en Salud y de Autoridad Sanitaria, y finalmente al Modelo de Atención Integral a PVVIH/sida⁴⁰.

Teniendo presente que el resultado positivo del examen del VIH tiene consecuencias, la mayor de las veces negativas^{41, 42, 43, 44, 45}) tanto para la persona que ha sido infectada como para el entorno de ésta cuando el diagnóstico de seropositivi-

³⁹ Ministerio de Salud (1994). Resolución 211 del 10 de marzo de 1994, Conasida, Santiago de Chile.

⁴⁰ Ministerio de Salud (2005). *Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/sida*. 1st. Ed. Santiago: Minsal, 52 p.

⁴¹ Niang I., P. Tapsoba, E. Weiss, M. Diagne, Y. Niang, A. Moreau, et al. (2003). ‘It’s raining stones’: stigma, violence and HIV vulnerability among men who have sex with men in Dakar, Senegal, *Culture health & sexuality*, vol. 5, N° 6, pp. 499-512.

⁴² Fife B. y E. Wright (2000). The Dimensionality of Stigma. A Comparison of its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer, *Journal of Health and Social Behavior*, march vol. 41, pp. 50-67.

⁴³ Castle s. (2004). Rural children’s attitudes to people with HIV/AIDS in Mali: the causes of stigma, *Culture, Health & Sexuality*, January–February, vol. 6, N° 1, pp. 1-18.

⁴⁴ Barnett T., A. Whiteside, L. Khodakevich, Y. Kruglov Y V. Steshenko (2000). The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact, *Social science and medicine*, vol. 51, N° 9, p. 1387-1403.

⁴⁵ Castro A., y P. Farmer (2003) « Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante » *Anthropologie et Sociétés*, vol 27, N° 2. p.23-40.

dad se hace conocido el Ministerio de Salud junto a la Conasida han desarrollado paulatinamente un proceso de formación de Consejeros que ha permitido contar con personas capacitadas en información y apoyo emocional en cada uno de los Centros de Atención VIH del país.

Dentro de esta categoría de notificación de la infección aparecen dos estados emocionales que presentan los entrevistados al minuto de notificárseles de su seropositividad, estos estados son de *resignación* y de *shock*.

Si bien la lógica del modelo de notificación existente en la actualidad está bien planteado, lo cual se ha ido perfeccionando hasta hoy día, las percepciones de los entrevistados han demostrado una actitud más bien negativa hacia el Servicio de Salud del Maule respecto a este tema, dado que no se ha implementado en la práctica el modelo de notificación; por otra parte los mecanismos utilizados hacen uso parcial de lo que podría llamarse la “consejería”. De esta forma, observamos que en la práctica, (al momento de realizado el estudio) no se ha logrado posesionar la Consejería como una herramienta fundamental en la etapa pre y post-test, recomendación que ya fuera indicada en el año 1994 y 2001 en Chile por la autoridad de salud. Mencionemos que la experiencia sanitaria muestra que los programas que no respetan los derechos y la dignidad del individuo son ineficaces⁴⁶.

CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN LAS PVIH/SIDA: TEMA DE PREOCUPACIÓN

Este es un tema que resalta con alto valor emotivo en los entrevistados. La calidad de la atención que recibe el paciente en el Servicio de Salud del Maule tiene

percepciones diversas, desde quienes evalúan positivamente lo que les ofrece el Servicio de Salud y por otro lado quienes manejan un discurso más bien negativo de su experiencia, como por ejemplo: ausencia de consejería en el proceso de notificación de la infección, controles médicos rápidos y rutinarios, y excesivo tiempo de espera para ser atendido por el médico asignado al Programa de VIH.

IMPORTANCIA DEL ACCESO A LA TERAPIA ANTI-RETRO-VIRAL (TARV)

Este fue uno de los temas de mayor interés y preocupación que manifestaron los entrevistados durante la investigación. Precisemos que la investigación se desarrolla durante un periodo en Chile donde el acceso a la TARV se ofrece con una cobertura limitada y por ende focalizada. El Programa estipula la entrega de terapias farmacológicas a un número limitado de pacientes de acuerdo a criterios tales como: “vulnerabilidad, impacto de la epidemia, estado de avance de la enfermedad” lo que no alcanza a cubrir a todas las personas que lo requieren. Luego, este escenario cambia con el advenimiento de la Reforma Sanitaria basada en la promulgación de leyes, entre ellas las del Régimen de Garantías Explícitas en el año 2003 y de Autoridad Sanitaria durante el año 2004, que vienen a establecer un nuevo modelo de atención y determinan modificaciones sustanciales al modelo de atención habido hasta comienzos del 2003 en sus distintos componentes, como por ejemplo: Atención Primaria, Especialidades Ambulatorias y Atención Hospitalaria, por solo nombrar algunas. Esto último le ha permitido al sistema de salud público chileno ofrecer una cobertura basada en el principio de “universalidad” en el acceso a la TARV para las PVIH/sida. Esto que fuera la mayor preocupación de las personas que fueron entrevistadas en el estudio y que requerían acceso a la TARV, queda so-

⁴⁶ Atchadé F. y A. Spencer (2001). VIH/Sida et Droits de l'Homme en milieu médical sénégalais. Rapport d'un atelier tenu à Dakar, 18-19 juillet, Amnesty International-Section sénégalaise, 68 p.

lucionado al ofrecerse acceso “Universal” a dichos tratamientos farmacológicos.

Las percepciones de los entrevistados sobre la categoría: “*Importancia del acceso a la TARV*” son agrupadas en dos sub-categorías que dan cuenta del valor que asignan los entrevistados a esta materia. La primera de ellas dice relación con el *Acceso a un Programa de tratamiento de drogas*, de ello se puede inferir que el acceso a estos programas es relacionado por el entrevistado a un patrón de “suerte para quien accede a ellos”, y una segunda sub-categoría que le otorga a la TARV una valor positivo ligado a un *bienestar físico y psíquico* de los entrevistados.

INADECUADAS CONDICIONES FÍSICAS PARA OFRECER ATENCIÓN EN SALUD

Los resultados en este nivel categorizacional, señalan que las percepciones de los entrevistados tienen una concepción negativa sobre las características físicas y equipamientos donde son atendidos por los agentes de la salud del Servicio de Salud del Maule, situación que se da en el 100% de los entrevistados. Las categorías de percepciones pretenden validar mayormente la importancia de ser atendidos en condiciones ambientales adecuadas que resguarden tanto su privacidad en los controles médicos, como la de su diagnóstico.

LA ANHELADA INSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL

Las características biosicosociales del VIH o del sida mismo definen un cuadro de tensa compatibilidad con el paradigma de “trabajador moderno”. Los resultados de las entrevistas permiten indicar que este proceso de inserción laboral y social es difícil desde el momento que el diagnóstico de seropositividad se hace público. Al respecto se cita el caso de un entrevistado que fue

despedido de su trabajo luego que un desconocido informara a la gerencia de la condición de seropositividad. Esto viene a indicarnos que el que adquiere la infección debe mantener en secreto su diagnóstico para evitar cualquier consecuencia perjudicial en su vida laboral y social. Han pasado 6 años de realizada la investigación y la realidad laboral no parece haber cambiado mucho en Chile⁴⁷.

En el plano familiar el apoyo que reciben las personas infectadas por VIH/sida es variado en su compromiso. Hay quienes son aceptados con la infección como algo que está dispuesto a asumir toda la familia como “suyo”, hasta otros entrevistados en donde el refuerzo de su familia de origen es más difuso, comprometiéndose en menor medida en los cuidados de salud la persona infectada. En este último caso, el grupo de pares o la “pareja” constituyen un referente muy importante desde el minuto de la notificación, pasando por todo el proceso de la evolución de ésta hasta los últimos días de vida de la persona. Entre las propias personas infectadas, se podría argumentar que no se observaron ningún tipo de “discriminación o de exclusión”, mas bien existe una red de solidaridad fuerte en ellos para prestarse apoyo, aún cuando se trate de una persona que no conozcan mucho entre ellos.

RELACIÓN DE LAS PVVIH/SIDA CON EL SERVICIO DE SALUD DEL MAULE

Existe una clara relación entre las personas infectadas y el Centro de Salud de VIH que está muy ligada al modelo médico, en lo que es la atención y cuidados a la PVVIH/sida. Esta comienza con la toma

⁴⁷ Zambra F., F. Vidal, M. Carrasco, C. Contreras y C. Fiedler (2004). VIH/sida et mundo laboral. Un Análisis Estadístico Descriptivo e Inferencial en 15 Empresas de Servicios de la Región Metropolitana, Editor Vivopositivo.org. Documento consultado en Internet el 15 de noviembre de 2006.

de examen para la detección de la infección, test que es enviado al Instituto de Salud Pública (ISP) para su análisis respectivo, posteriormente se da inicio a una relación entre los pacientes y los Centros de salud VIH basada en el control, seguimiento de la infección o acceso inmediato a la TARV (si el caso lo requiere). Esto último está determinado por la evolución de la infección que presenta el paciente.

DISCUSIÓN

Se ha observado a través del tiempo que el problema que aborda el sistema de salud chileno es la necesidad de desarrollar políticas de salud coordinadas e intersectoriales en torno al VIH/sida, de manera de enfrentar sistémicamente las distintas variables vinculadas al desarrollo de la infección en el país. Mencionemos que a nivel de la Prevención, pese a los destacables esfuerzos que hace el Estado chileno en la formulación de una política de salud integral, que reconoce en sus principios una serie de derechos para quienes VVIH/sida, la Prevención no ha podido instalarse de manera sostenida en el tiempo en la sociedad civil, así como en sus instituciones públicas; mas bien se han observado estrategias comunicacionales, por interesantes que se vean, de una relativa temporalidad que no ha logrado situar el tema en la discusión cotidiana como se deseara. Citemos las VIII Campañas de Prevención del VIH/sida habidas en Chile hasta la fecha con la creación de la Conasida, iniciativas de Prevención que dieron sus primeros pasos en el año 1991⁴⁸.

Esto último nos invita a formularnos algunas interrogantes en relación a la for-

mulación de la política de Prevención, como por ejemplo: se está focalizando bien a la población vulnerable?, considera esta política a los pueblos originarios y migrantes? De lo anterior cabe preguntarnos: ¿es que existe una población vulnerable como tal, hoy día en Chile? o mas bien estamos hablando de un *riesgo de infección generalizado*, que se extiende más allá de la población homosexual que desde el inicio de la infección se ha indicado como población de riesgo. No olvidemos que las estadísticas nacionales nos hablan, desde ya casi una década, de una feminización de la epidemia y de un mayor incremento en el contagio de la población heterosexual. Estos antecedentes nos invitan a revisar la efectividad de la focalización de las Campañas de Prevención, dado que el número de casos de VIH/sida ha ido en aumento sostenido en el tiempo⁴⁹. Situación que se observa de forma homogénea a la del resto de los países de la región y del Caribe⁵⁰ y que ha llegado a transformarse en una de las principales causas de muerte, especialmente en gente joven.

Por otro lado, no cabe duda que los avances científicos en materia farmacológica han sido un gran aporte para quienes han resultado beneficiados con el acceso a la TARV en el Servicio de Salud del Maule, así como en los restantes Centros de salud VIH en Chile, pero no es menos cierto que este avance de la medicina moderna para que sea del todo beneficioso para las PVVIH/sida debe involucrar una concepción más completa de intervención. Con ello nos referimos a la imperiosa necesidad de poner en marcha un enfoque de intervención biosicosocial. Observamos

⁴⁸ Labra O. y Y. Comeau (2006). Análisis regulacionista aplicado al Programa de Prevención del VIH/sida en Chile, Revista Estudios Seriados en Gestión de Salud, FACE, Universidad de Talca, Año 2, N° 4, Noviembre de 2006, Chile.

⁴⁹ Ministerio de Salud (2005). *Modelo de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/sida*, Ed. Santiago: Conasida, 63 p.

⁵⁰ ONUSIDA (2006). *L'épidémie mondiale de sida*. Hallado en: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_G R_CHO2_fr.pdf. Acceso el 14 de diciembre de 2007.

que esto último aun no ha logrado instaurarse en los hoy denominados Centros de Salud VIH del Maule y que constituye un gran desafío en materia de política de salud. El discurso oficial del Estado chileno en materia de VIH, si bien se reconoce esta necesidad de intervención biosicosocial, no se logra observar en la práctica los recursos humanos y técnicos necesarios que permitan abordar esta concepción “integral” de intervención. Así tenemos que las estrategias de abordar el problema son mas consistentes en lo clínico En este sentido se puede citar el acceso para las personas en etapa sida a la TARV, ejemplo este último de la aplicación del principio de *universalidad* en materia de tratamientos farmacológicos, lo que ha sido altamente favorable y permite sin lugar a

dudas disminuir la tasa de mortalidad por sida y el nivel de estrés al cual se veían sometidos los participantes en el estudio por acceder a la terapia, antes de la puesta en marcha de las Garantías Explícitas en Salud en Chile.

Finalmente, agreguemos que más que el cambio de conductas inmediatas en materia de Prevención, el tema del VIH/sida debe ser una preocupación transversal que debe instalarse en el ámbito de lo familiar, de lo social, de lo educacional y en lo cultural. Mientras más informada esté la población de la significación biosicosocial que involucra la infección por VIH, las personas estarán en mejores condiciones de actuar frente a conductas de riesgo y de poder desarrollar actitudes más inclusivas como sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Atchadé F. y A. Spencer (2001). VIH/Sida et Droits de l'Homme en milieu médical sénégalais. Rapport d'un atelier tenu à Dakar, 18-19 juillet, Amnesty International-Section sénégalaise, 68 p.
- Barnett T., A. Whiteside, L. Khodakevich, Y. Kruglov Y V. Steshenko (2000). The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact, *Social science and medicine*, vol. 51, N° 9, p. 1387-1403.
- Beltran C. (2006). Jornada de Actualización en VIH/sida, “Avances en Tratamientos ARV”, Minsal, 5 de septiembre, Talca, Chile.
- Bilbeau G. Y R. Murbach (1991). The Deconstruction of the AIDS Universe, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15, N° 2-3, p. 5-11.
- Brendstrup E. Y K. Schidt (1990). Homosexual and bisexual men's coping with the AIDS epidemic: qualitative interviews with 10 non-HIV tested homosexual and bisexual men, *Social science and medicine*, vol. 30, N°6, p. 713-20.
- Campbell C. (1995). Male gender roles and sexuality : implications for women's aids risk and prevention, *Social science and medicine*, vol. 41, N° 2, p. 197-210.
- Castle s. (2004). Rural children's attitudes to people with HIV/AIDS in Mali: the causes of stigma, *Culture, Health & Sexuality*, January–February, vol. 6, N°. 1, pp. 1-18.
- Castro A., y P. Farmer (2003) «Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante» *Anthropologie et Sociétés*, vol 27, N° 2. p.23-40.

- Cochran S. y L. Peplau (1991). Sexual risk reduction behaviours among young heterosexual adults, *Social science and medicine*, vol. 31, N° 1, p. 25-36.
- Crane J., K. Quirk Y A. Van Der Straten (2002). Come back when you're dying: the commodification of AIDS among California's urban poor, *Social science & medicine*, vol. 55, N° 7, p. 1115- 27.
- Fife B. y E. Wright (2000). The Dimensionality of Stigma. A Comparison of its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer, *Journal of Health and Social Behavior*, march vol. 41, pp. 50-67.
- Giffin K. y C. Lowndes (1999). Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice, *Social science and medicine*, vol. 48, N° 3, p. 283-92.
- Harvey S., L. Beckman y S. Thorburn (2003). Feeling powerful in heterosexual relationships: Cultural beliefs among couples of Mexican origin, *Culture health & sexuality*, vol. 5, N° 4, p. 321-337.
- Herek G. Y E. Glunt (1988). An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS. *American Psychologist*, vol. 43, N°11, 886-891.
- Jalbert Y. (1999). Comprendre le processus de sortie chez les gais : un préalable à la recherche et à la prévention du VIH, *Revue Sexologique*, vol. 7, N° 1, printemps, p. 119-156.
- Labra O. y Y. Comeau (2006). Análisis regulacionista aplicado al Programa de Prevención del VIH/sida en Chile, *Revista Estudios Seriados en Gestión de Salud*, FACE, Universidad de Talca, Año 2, N° 4, Noviembre de 2006, Chile.
- Lévy J., A. Bourdages, R. Bastien et al. (2001). Les PVVIH à l'ère des multithérapies en Vulnérabilités et Prévention VIH/sida : Enjeux contemporains, (dir) G. Godin, Joseph j. Lévy y German Trottier, p. 201-213.
- Lyttleton C. (1994). Knowledge and meaning: the aids education campaign in rural Northeast Thailand, *Social science and medicine*, vol. 38, N° 1, p. 135-46.
- Miller K., L. Clark, D. Wendell, M. Levin, R. Gray y C. Velez (1997). Adolescent heterosexual experience: A new typology, *Social science and medicine*, vol. 20, N° 3, p. 179-86.
- Ministerio de Salud (1994). Resolución 211 del 10 de marzo de 1994, Conasida, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud (2000). Informe Final: "Programa de Prevención y Control del VIH/sida y las enfermedades de transmisión sexual", Conasida, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud (2003). Boletín Epidemiológico VIH/sida, Serie documentos Conasida, N°15, diciembre, Santiago: Conasida, 15 p.
- Ministerio de Salud (2005). Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/sida. 1st. Ed. Santiago: Minsal, 52 p.
- Ministerio de Salud (2005). Modelo de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/sida, Ed. Santiago: Conasida, 63 p.

- Muecke M. (1992). Mother sold food, daughter sells her body: the cultural continuity of prostitution, *Social science and medicine*, vol. 35, N° 7, p. 891-901.
- Munguti K., J. Grosskurth, K. Newell, F. Senkoro, F.Mocha, J. Todd, P. et al.(1997). Patterns of sexual behaviour in a rural population in north-western Tanzania, *Social science & medicine*, vol. 44, N° 10, p.1553-61.
- Niang I., P. Tapsoba, E. Weiss, M. Diagne, Y. Niang, A. Moreau, et al. (2003). 'It's raining stones': stigma, violence and HIV vulnerability among men who have sex with men in Dakar, Senegal, *Culture health & sexuality*, vol. 5, N° 6, pp. 499-512.
- ONUSIDA (2006). L'épidémie de sida dans le monde en Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Hallado en:
http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CHO2_fr.pdf. Acceso el 14 de diciembre de 2007.
- Ostrom A., M. Serovich, J. Lim, y T. Mason (2006). The role of stigma in reasons for HIV disclosure and non-disclosure to children, *AIDS Care*, January, Vol. 18 N°1, p. 60-65.
- Perreault M. (1995). La stigmatisation du sida, in VIH/sida: Une approche multidisciplinaire, (dir) Reidy Mary et Marie-Élisabeth Taggart, Éditeur Gaëtan Morin, p. 423-28.
- Pires A. (1997). L'échantillonnage et quelques types d'échantillons dans la recherche qualitative, dans Poupart, J. et coll. La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques, Montréal, Gaëtan Morin, p. 134-167.
- Pollak M. y M-A. Schiltz (2001). Les homosexuels français face au sida : Modifications des pratiques sexuelles et émergence de nouvelles valeurs, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15 N° 2-3, (ISBN 0702-8997), p. 53-64.
- Ramirez-Valles J., S. Fergus, C. Reinsen, P. Poppen y M-C Zea (2005). Confronting Stigma: Community Involvement and Psychological Well-Being Among HIV-Positive Latino Gay Men, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, vol. 27 N°1, February, p. 101-119.
- Samson J-M., J. Lévy, A. Dupras y D. Tessier (1993). Active oral-genital sex among married and cohabiting heterosexual adults, *Sexological Review*, vol. 1, N° 1, p. 143-156.
- Shoptaw S. y D. Frochs (2000). Substance Abuse Treatment as HIV Prevention for Men Who Have Sex with Men, *AIDS and Behavior*, vol. 4 N° 2, p. 193-203.
- Zambra F., F. Vidal, M. Carrasco, C. Contreras y C. Fiedler (2004). VIH/sida et mundo laboral. Un Análisis Estadístico Descriptivo e Inferencial en 15 Empresas de Servicios de la Región Metropolitana, Editor Vivopositivo.org. Documento consultado en Internet el 15 de noviembre de 2006.