



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**ANÁLISIS POLICY FRAMES DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PREVENCIÓN Y
CONTROL DEL VIH/SIDA EN CHILE**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN
GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

MARITZA LEONOR AVENDAÑO JIMÉNEZ

**PROFESOR GUÍA:
MARÍA PÍA MARTIN MUNCHMEYER**

**MIEMBROS DE LA COMISION:
JAIME ALFARO INZUNZA
FELIPE ROSALES PLAZA**

**SANTIAGO DE CHILE
2017**

**Resumen de tesis para optar al grado de
Magister en Gestión y Políticas Públicas**

Por: Maritza Leonor Avendaño Jiménez

Fecha: 04/2017

Profesor Guía: María Pía Martin Munchmeyer

**Análisis *Policy Frames* de la Política Pública de Prevención y Control del
VIH/SIDA en Chile**

El VIH/SIDA se distingue de otras enfermedades debido a que está relacionado con el comportamiento sexual de las personas y arrastra un importante historial de procesos sociales incitados principalmente por la desinformación y el estigma a quienes lo padecen. En Chile, desde las políticas públicas, el VIH/SIDA se ha abordado como un problema sanitario, donde el principal responsable es el Ministerio de Salud. Sin embargo, el VIH/SIDA es también un problema social y cultural, dado que en sus representaciones influyen las significaciones que cada cultura o grupo social elabora sobre la sexualidad, la vida y la muerte (Rodríguez & García, 2006).

La política pública de VIH/SIDA, se configura para el abordaje de un problema con múltiples representaciones, por lo que el análisis *policy frame* representa una ruta adecuada para abordar las interpretaciones en la política pública, considerando a los actores socio-políticos como elementos centrales en el análisis, sus representaciones del problema y las ideas de soluciones. Desde esta perspectiva esta investigación busca aportar al debate público sobre la prevención y control del VIH/SIDA poniendo en evidencia los énfasis y los conflictos en los discursos de la política respondiendo a la pregunta ¿Cuáles son los marcos interpretativos explícitos e implícitos en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile? La metodología utilizada es cualitativa descriptiva y se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores claves involucrados en la toma de decisiones en la política pública, pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil organizada y a funcionarios de distintas reparticiones del Ministerio de Salud, encargados de diseñar e implementar la política.

Los resultados de la investigación permiten establecer que existen tres marcos interpretativos en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA: el principal orientado básicamente a las acciones curativas y farmacológicas para enfrentar el problema; el secundario, centrado en la prevención como alternativa de disminución de la enfermedad y; el tercero, que prioriza un mayor rol del Estado y la acción intersectorial. Se concluye que existe desequilibrio en la formulación de la política pública, dado que los mayores esfuerzos se encuentran en las acciones curativas del problema, descuidando su prevención. Ambos aspectos del problema no son abordados de manera conjunta, tensionando las políticas públicas en torno a dos *frames* en disputa.

Finalmente, se recomienda que el VIH/SIDA se aborde como política de Estado, con una sola línea de intervención, independientemente de los cambios de gobierno, con mayor participación de los actores sociales y diversidad de abordajes según grupos de población. Asimismo, se propone que el énfasis esté combinado entre la prevención y las acciones curativas, con generación de campañas informativas y comunicacionales y de formación en la educación formal.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi amado esposo, por el apoyo incondicional en este largo proceso

Agradezco a mi pequeño Gabriel, quien es la fuerza y la motivación para llegar al final de este camino

Agradezco a María Pía, que con su paciencia y experiencia me guío en la elaboración de esta tesis

Agradezco a mis entrevistados, personas comprometidas fuertemente con la prevención y el control del VIH/SIDA, quienes dedicaron parte de su tiempo a compartir su sabiduría y experiencia

Pero, por sobre todo, agradezco a mi Padre Eterno, por ser mi fiel ayudador en todo momento y por darme la oportunidad de estar en el lugar y en el momento preciso para desarrollar este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. MARCO REFERENCIAL	3
1.1 VIH/SIDA, Problema Público con múltiples interpretaciones	3
1.2 Problemas Públicos y Marcos Interpretativos	4
1.3 Bases Conceptuales y Epistemológicas de los <i>Policy Frames</i>	6
1.3.1. Lenguaje y Representaciones discursivas en los Marcos Interpretativos.....	9
1.3.2. Marco Interpretativo de Diagnóstico y Marco Interpretativo de Pronóstico.....	10
1.4. <i>Análisis Policy Frames</i>	10
1.4.1. Los Marcos Interpretativos Dominantes y en Conflicto	12
1.4.2. Cambios en Los Marcos.....	13
1.5. Antecedentes generales sobre VIH/SIDA	15
1.5.1. Significados e Interpretaciones sobre el VIH/SIDA en la Política Pública	15
1.5.2. Contexto Mundial sobre VIH/SIDA.....	16
1.5.3. VIH/SIDA en Chile	19
1.5.4. Política de Prevención y control del VIH/SIDA en Chile	21
1.5.5. Normativa Chilena	24
CAPITULO 2. METODOLOGÍA	26
2.1. Pregunta y Objetivos de la Investigación	26
2.2. Descripción Metodológica de la Tesis	27
2.2.1. Técnicas de Recolección de la Información.....	28
2.2.2. Muestreo	28
2.2.3. Definición y Operacionalización de las Variables.....	35
2.2.4. Técnica para el Análisis de la Información.....	39
CAPITULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	41
3.1. Marco Interpretativo 1: “Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”.....	41
3.1.1. Marco de Diagnóstico “Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud” .	42
3.1.2. Marco de Pronóstico “Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud” .	52
3.1.3. Situaciones de poder identificadas en el Marco Interpretativo 1	57

3.2. Marco interpretativo 2: “Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”	58
3.2.1. Marco de Diagnóstico “Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”	58
3.2.2. Marco de Pronóstico “Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”	68
3.2.3. Situaciones de poder identificadas en el Marco Interpretativo 2	74
3.3. Marco interpretativo 3: “Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”	75
3.3.1. Marco de Diagnóstico “Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA	76
3.3.2. Marco de Pronóstico “Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”	81
3.4. Identificación de Conflictos y Convergencias entre Marcos Interpretativos	87
3.5. Identificación de Cambios en los Marcos Interpretativos	92
CAPITULO 4. CONCLUSIONES	94
4.1. Conclusiones Generales	94
4.2. Aportes y límites de la investigación	95
4.3. Recomendaciones para la política pública de prevención y control del VIH/SIDA	98
BIBLIOGRAFÍA	100
ANEXOS	104
Anexo 1: Entrevistados Organismo Estatal	104
Anexo 2: Entrevistados Sociedad Civil	105
Anexo 3: Pauta de entrevista	106

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Análisis de los Marcos Interpretativos	11
Tabla 2: Ocurrencia de los Marcos	13
Tabla 3: Cambios en los Marcos	14
Tabla 4: Casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive) y tasas*, por región y año. Chile, 2010-2015	20
Tabla 5: Actores Entrevistados Organismo Estatal	33
Tabla 6: Actores Comunitarios Entrevistados	34
Tabla 7: Resumen de Muestra de actores seleccionada para entrevista	35
Tabla 8: Cuadro de Análisis Policy frame	35
Tabla 9: Operacionalización de los Objetivos de Estudio	36
Tabla 10: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:	42
Tabla 11: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:	44
Tabla 12: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:	46
Tabla 13: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:	47
Tabla 14: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:	49
Tabla 15: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:	50
Tabla 16: Idea de solución para el Marco Interpretativo 1:	52
Tabla 17: Idea de solución para el Marco Interpretativo 1:	54
Tabla 18: Idea de solución para el Marco Interpretativo 1:	55
Tabla 19: Situaciones de poder identificadas en el Marco interpretativo 1:	57
Tabla 20: Representación del problema para el Marco Interpretativo 2:	59
Tabla 21: Representación del problema para el Marco Interpretativo 2:	61
Tabla 22: Representación del problema para el Marco Interpretativo 2:	61
Tabla 23: Representación del problema para el Marco Interpretativo 2:	64
Tabla 24: Representación del problema para el Marco Interpretativo 2:	66
Tabla 25: Idea de solución para el Marco Interpretativo 2:	69
Tabla 26: Idea de solución para el Marco Interpretativo 2:	70
Tabla 27: Idea de solución para el Marco Interpretativo 2:	72
Tabla 28: Idea de solución para el Marco Interpretativo 2:	73
Tabla 29: Situaciones de poder identificadas en el Marco interpretativo 1:	74
Tabla 30: Representación del problema para el Marco Interpretativo 3:	76
Tabla 31: Representación del problema para el Marco Interpretativo 3:	77
Tabla 32: Representación del problema para el Marco Interpretativo 3:	78
Tabla 33: Representación del problema para el Marco Interpretativo 3:	80
Tabla 34: Idea de solución para el Marco Interpretativo 3:	81

Tabla 35: Idea de solución para el Marco Interpretativo 3:	82
Tabla 36: Idea de solución para el Marco Interpretativo 3:	83
Tabla 37: Idea de solución para el Marco Interpretativo 3:	84
Tabla 38: Identificación de Conflictos entre Marcos:	87
Tabla 39: Identificación de Convergencias entre Marcos:	91
Tabla 40: Identificación de Cambios en los Marcos Interpretativos	92

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Principales Hitos Mundiales sobre VIH/SIDA	18
Ilustración 2: Principales Hitos sobre VIH/SIDA en Chile	23
Ilustración 3: Relaciones entre Stakeholders	31
Ilustración 4: Actores Seleccionados Organismo Estatal	32
Ilustración 5: Categorías y Subcategorías de Análisis	37

INTRODUCCIÓN

A principios de los 80 fueron notificados en EE.UU. los primeros casos de personas viviendo con VIH/SIDA, a los que se sumaron notificaciones de infecciones similares en África, el Caribe y Europa; lo que revelaba que se estaba frente a una pandemia. Desde el comienzo de la epidemia y hasta final de 2015, 35 millones de personas han muerto en el mundo a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA (OMS, 2015).

En Chile los primeros casos de VIH fueron reportados en 1984 y la primera muerte en el país por enfermedades asociadas al SIDA ocurrió ese mismo año. Entre 1990 y 2011 en Chile han muerto 67.842 personas por enfermedades asociadas al SIDA y hasta el 2012 se notificaron 29.092 casos de VIH/SIDA. Durante el quinquenio 2010-2015 se notificaron 4.291 nuevos casos (MINSAL, 2016) y según estimaciones de ONUSIDA para 2015, el número de personas que vivían con VIH en Chile es de 32,000, entre 15 y 49 años (ONUSIDA, 2015).

Las políticas públicas VIH/SIDA en Chile, se han configurado mediante dos grandes líneas de intervención “Prevención y Control”. Estas formas de abordaje están en constante tensión por los énfasis asignados a una o a otra línea, que dificulta la implementación de la política pública, especialmente por la existencia de marcos interpretativos divergentes en los actores involucrados en el diseño y en la implementación.

En la presente investigación se hace un análisis de la política pública de prevención y control del VIH/SIDA, mediante el análisis de *policy frames*, el cual es adecuado para el análisis de políticas donde existen múltiples interpretaciones. Este análisis trata de abordar las interpretaciones implícitas o explícitas (Verloo & Lombardo, 2007), mediante la identificación de los marcos interpretativos y cómo éstos se utilizan en la construcción, reconstrucción y negociación de la realidad por parte de los actores sociales y políticos en sus respectivos discursos (Bustelo & Lombardo, 2005).

El análisis parte desde el supuesto que existen marcos interpretativos en la política pública de VIH/SIDA, que influyen en las formas de ver el problema y de cómo éste debe ser solucionado. Los objetivos de la investigación proponen analizar estos marcos interpretativos, en sus versiones de diagnóstico y pronóstico, identificar aquellos que tienen dominancia en la política pública y dar cuenta de los cambios profundos que han modificado los marcos interpretativos originales.

En este estudio la metodología utilizada es cualitativa descriptiva, mediante el método *frame analysis* que se entiende como el estudio de los marcos interpretativos de política tal y como se utilizan en la construcción, reconstrucción y negociación de la realidad (Bustelo & Lombardo, 2005). Para recoger la información se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores claves involucrados en la toma de decisiones directa e indirectamente en la política pública. Estos actores representan a la sociedad civil organizada y a funcionarios del Ministerio de Salud de distintas reparticiones encargados de diseñar e implementar la política. Los resultados fueron analizados a partir de análisis de contenido cualitativo, utilizando categorías previas provenientes de la literatura de *policy frames analysis*.

Esta tesis busca ser un aporte para explicar la política pública de VIH/SIDA a través de sus marcos interpretativos, con lo que se quiere develar las distintas representaciones del problema y las ideas de soluciones de los actores sociopolíticos involucrados en la política pública. Por otro lado, se busca aportar al debate público poniendo en evidencia los énfasis y los conflictos en los discursos de la política.

La estructura del informe de la presente tesis se organiza en cuatro capítulos los que se describen a continuación:

En un primer capítulo, se presenta el marco referencial de la investigación donde se parte describiendo al VIH/SIDA como un problema público de múltiples interpretaciones, para pasar a describir las bases conceptuales y epistemológicas de los *policy frames* (marcos interpretativos) y finalmente se presentan antecedentes sobre el VIH/SIDA y de la política pública para su prevención y control en el país.

En el segundo capítulo se da a conocer la metodología del estudio, donde se presenta: la pregunta de investigación, los objetivos del estudio, la muestra y las unidades de análisis, y la operacionalización de las variables.

En un tercer capítulo se presenta el análisis de los resultados de la investigación, los cuales fueron ordenados de acuerdo a la identificación de los distintos marcos interpretativos. Los resultados se muestran en forma de tablas descriptivas sobre los elementos relacionados con cada marco, los que son explicados en detalle en base a la evidencia.

En un cuarto y último capítulo se describen las conclusiones dando respuesta a la pregunta y a los objetivos planeados en la investigación, luego se mencionan las limitaciones del estudio y se plantean recomendaciones para futuras investigaciones en esta línea y finalmente se señalan algunas recomendaciones para la política pública, las cuales que se desprenden de los distintos hallazgos.

CAPITULO I. MARCO REFERENCIAL

1.1 VIH/SIDA, Problema Público con múltiples interpretaciones

El VIH y el SIDA son un fenómeno social y una fuente inagotable de significados en proceso, dadas sus características biológicas y epidemiológicas, su rápida expansión por el mundo, el que sea invisible socialmente, que sea incurable, pero, fundamentalmente por su carga simbólica (Rodríguez, 2011).

El VIH/SIDA se distingue de otras enfermedades debido principalmente a que está relacionada con el comportamiento sexual de las personas y arrastra un gran historial de procesos sociales incitados principalmente por la desinformación y el estigma a quienes la padecen. Desde su aparición ha favorecido la intensificación de viejas creencias y respuestas del entorno y, a la vez, la transformación de algunas significaciones, prácticas, relaciones humanas y sentidos de la subjetividad, (Rodríguez, 2011) especialmente en las personas que adquieren el VIH y en las que comparten su entorno.

El VIH/SIDA es un problema de Salud Pública, que amenaza la salud de las personas, lo que implica que se realicen acciones para la prevención de nuevos casos y controlar los casos existentes, además está bajo constante vigilancia epidemiológica principalmente para contener su propagación. Sin embargo, este problema no solo involucra aspectos sanitarios si no también sociales y culturales a los que es necesario poner atención al momento de configurar una política pública.

En las representaciones del VIH/SIDA influyen las significaciones que cada cultura o grupo social elabora sobre la sexualidad, la vida y la muerte. Se conjugan elementos tan cotidianos y significativos como los de la vida sexual y en su representación queda aún la incertidumbre de saber cómo se originó, como se puede curar o como se puede prevenir definitivamente. Siendo perpetua la presencia del virus en la persona que lo adquiere, a esta se enmarca bajo el estigma, que transforma al VIH y al SIDA en una epidemia de la significación y del señalamiento social (Rodríguez & García, 2006).

La existencia de estereotipos de cómo debe ser una determinada especie de individuos hacen incongruentes ciertos atributos, el estigma es, pues, la referencia a ciertos atributos desacreditadores (Goffman, 1963). En el comportamiento sexual existen estereotipos, la heterosexualidad por ejemplo es el cómo deben ser las personas, donde el estigma se utiliza para hacer referencia a cualquier otro tipo de comportamiento sexual distinto, como es el caso de la homosexualidad. Dado que el VIH/SIDA irrumpe inicialmente en grupos homosexuales, estos se ven doblemente estigmatizados. Pero existen otros comportamientos distintos del cómo se debe llevar la vida sexual: es el caso de las personas con múltiples parejas sexuales, que también se ven doblemente estigmatizadas con el VIH/SIDA, porque la presencia de éste es mirada como consecuencia de tal comportamiento (Estrada, 2006).

Las diversas interpretaciones sobre VIH/SIDA han marcado fuertemente la política pública. Cuando irrumpe el VIH en el mundo, se refuerzan muchos prejuicios sobre las personas y su comportamiento sexual y las acciones de la política pública en primera instancia hacían énfasis de la relación de este comportamiento y el VIH (Estrada, 2006). Luego, basados en la experiencia, las nuevas interpretaciones del problema ponían

atención en los contextos ambientales y culturales de las personas, lo que produce cambios en la política pública y se pretende acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia las personas con ciertos comportamientos sexuales. Finalmente, para la comprensión del problema se señala que en la base de su manifestación se encuentran las desigualdades económicas y sociales y se sostiene que ellas constituyen importantes obstáculos estructurales para la prevención del VIH/SIDA (Estrada, 2006). En este aspecto toman fuerza las consideraciones de la vulnerabilidad social e individual y exclusión social. Pero, existen elementos que hacen que variados sean los grupos que estén en condiciones de vulnerabilidad social y que se suman al debate de la política pública y en ellos pueden aparecer múltiples representaciones, interpretaciones y visiones sobre el VIH/SIDA (López, 2011).

1.2 Problemas Públicos y Marcos Interpretativos

Las políticas públicas resultan de la compleja trama que involucra, entre otros, las ideologías dominantes, los valores socialmente consensuados, los conflictos de intereses, los arreglos institucionales, los conocimientos y técnicas de actuación propios a cada sector (Martin, 2012)

Hay múltiples significados e interpretaciones en el proceso de formular políticas públicas (Bustelo & Lombardo, 2005) y la toma de decisiones sobre estas no responden a un proceso lineal y en algunas ocasiones tampoco a una coherencia y a un diseño o formulación, más bien es un objeto de un proceso social y político que configura un campo de acción (Repetto & Fernández, 2012).

Las políticas públicas pueden definirse como las decisiones de las autoridades gubernamentales y de los ciudadanos que ellos representan, sobre el quehacer frente a situaciones que son vistas como inaceptables y que requieren intervención y que por tanto representan un problema público (Alburquerque & Campero , 2014).

Un problema público es el objeto de corrección de una política pública y en muchas ocasiones no es una lectura simple de desventajas y necesidades, sino que emerge de cambios importantes en las dinámicas sociales y en el debate intelectual y cultural, para que ciertas situaciones adquirieran una significación diferente (Guzmán & Salazar , 1992). Hoy a medida que emergen las transformaciones sociales, los temas que en el pasado no eran dignos de debate, se visualizan como problemas que son necesarios enfrentar y corregir.

En cada definición que se realiza de un problema público es importante analizar las diferentes representaciones sobre un concreto acontecimiento, pues así se descubrirá lo que es coherente para un sujeto o grupo; cuál es su sistema de valores, qué se considera justo o injusto, legítimo o ilegítimo (López, 2011). Los valores son un elemento fundamental para comprender las representaciones que aparecen sobre un problema público: la carga valorativa y sentimental con que el sujeto se acerque a un problema en cuestión, será determinante en la representación finalmente elaborada (López, 2007).

De acuerdo a los marcos o esquemas de conocimiento de los que disponen los actores políticos construyen un problema dado, el que atendería a sus específicas experiencias,

vivencias, proyectos, intereses y metas. De acuerdo a López (2007) “El estudio de los marcos sostenidos por los diferentes agentes críticos (*‘stakeholders’*) desentrañaría la particular construcción del problema público en términos de intereses, prejuicios y juegos de poder” (pág. 5).

En el análisis de los problemas públicos, el interés se centra en el contexto de significados comunes, socialmente construidos, en el que el problema en cuestión aparece. El foco se situaría en el lenguaje empleado para nombrar los distintos aspectos del problema público, así como coyunturas específicas que hayan podido influir en la comunidad que elabora el problema social en un determinado sentido (López, 2007).

Los problemas públicos se comprenden como artefactos sociales que se construyen con unas determinadas características, por ciertos actores respondiendo a concretos intereses y dependientes de circunstancias contextuales (López, 2007). Al analizar un problema público, las diferentes representaciones asumen gran importancia, ya que se puede develar lo que es coherente para un sujeto o grupo; cuál es su sistema de valores, qué considera justo o injusto, qué valores enfatiza y cuáles debilita (López, 2007).

Un problema de política pública se estructura frecuentemente en un diagnóstico, (distintas representaciones, tanto implícitas como explícitas) y en un pronóstico (las posibles soluciones del tema en cuestión) y de estos pueden surgir diferentes interpretaciones (Lombardo, 2005) implícitas o explícitas, de quiénes tienen el problema y quiénes son los que deben solucionarlo; cuáles son las causas del problema y los medios para solucionarlo; y qué actores tienen voz o están excluidos a la hora de definir el problema y la solución (Lombardo, 2005).

Las formas diferentes de entender y enmarcar el problema en los distintos niveles de intervención: supraestatal, estatal y sub estatal puede distorsionar, en el proceso de implementación, los objetivos compartidos en la fase de formulación (Bustelo & Lombardo, 2005) y más aún si se suma la interpretación por parte de distintos actores dentro de un mismo nivel considerando que la comprensión de la realidad siempre se filtra a través de "prejuicios" entendiéndolos como los filtros construidos socialmente y culturales a través de los cuales se percibe, entiende y se da sentido a la realidad (Verloo & Lombardo, 2007). Estos prejuicios socioculturales hacen poner atención hacia ciertos aspectos de la realidad social, mientras que al mismo tiempo hacen descuidar otros. Como resultado los actores pueden proporcionar una representación sesgada de un problema de política dado (Verloo & Lombardo, 2007).

Las distintas interpretaciones hacen enriquecedora la discusión sobre el problema público, sin embargo, se entretajan en el entramado del mismo problema y de su solución lo que puede facilitar la existencia de una política pública poco coherente (Bustelo & Lombardo, 2005). Para concebir las soluciones al problema público es necesario examinar las diferentes representaciones que se dan de este y comprender que estas influyen fuertemente en el tipo de soluciones propuestas (Bustelo & Lombardo, 2005). Se debe enfatizar la importancia de los contextos, en el sentido de que la aparición de ciertas representaciones de problemas públicos de una determinada manera y en un momento concreto ha de ser comprendida necesariamente a la luz de

circunstancias espacio temporales específicas (López, 2007). La imposibilidad de negar la interpretación, la carga valorativa y sentimental, entre otros elementos, no es impedimento para que se puedan diseñar estrategias para el cambio social (López, 2007).

El análisis *policy frames* facilita la comprensión de los problemas públicos en el sentido que pueden aportar con soluciones de causas estructurales que ocasionan dichos problemas, esto a través de la elaboración de los marcos de diagnóstico (Lombardo, 2005) a lo que se suma la importancia de identificar de quienes es el problema y quienes deben solucionarlo para lograr construir un pronóstico de solución (Lombardo, 2005).

El diagnóstico y el pronóstico, la voz, los roles en el diagnóstico y en el pronóstico, ubicación, mecanismos y el balance entre las diferentes partes de un texto de política son algunas de las dimensiones que estructuran los marcos de políticas (Verloo & Lombardo, 2007). Para analizarlos, se pueden explorar en los textos de las principales instituciones políticas, de la sociedad civil y de los medios de comunicación buscando: la consideración de la literatura sobre el problema, identificar la coherencia en el diseño del problema y de la solución (Lombardo, 2005), reconocer el balance o equilibrio entre diagnóstico y pronóstico y dónde está puesto el énfasis, la ausencia de alguno de ellos (Bustelo & Lombardo, 2005) y distinguir entre los marcos el predominio de uno u otro.

Al analizar los textos se logra distinguir la claridad con la que se refleja el problema y cuál es la voz dominante (de quien habla en el texto), débil o ausente en cada uno de ellos lo que facilitará el análisis posterior en términos de exclusión, inclusión y poder. Esta voz puede venir de actores específicos, así como pueden comenzar en instituciones, organismos internacionales, administraciones públicas, gobiernos, comités o portavoces (Bustelo & Lombardo, 2005).

Los marcos interpretativos con características determinadas se pueden encontrar en los discursos, ya sea parlamentarios, en textos políticos o en programas de gobierno y en ellos se pueden rastrear una determinada representación del problema que se está tratando (López, 2007).

1.3 Bases Conceptuales y Epistemológicas de los *Policy Frames*

Las dimensiones simbólicas en las políticas públicas cobran igual o mayor importancia que los aspectos tangibles ya que las políticas públicas representan un proceso de creación y control de sistemas compartidos de significado social, sobre los problemas y las soluciones (Fischer, 2003).

Como señala Martin (2013):“Las políticas públicas, en tanto herramientas y acción, tienen una dimensión material y otra simbólica, como herramientas de cambio que se articulan con las formas de pensar de una sociedad e impactan en las condiciones de vida de las personas. En este sentido, las políticas públicas construyen y reconstruyen las legitimidades sociales, sobre los cambios necesarios o el mantenimiento del status quo, sobre lo que es justo o injusto, lo que favorece a determinados grupos, buscando mantener la cohesión social, a través de la

articulación de un discurso coherente para el conjunto de la sociedad, que dote a las acciones públicas de legitimidad ante el conjunto de la sociedad” (pág. 233).

Las políticas públicas implican un llamado a los actores a participar del proceso, el cual es un análisis de la realidad social, donde es posible ver la distribución del poder y el rol de los actores. Los análisis de políticas públicas desde el *policy frames* o marcos interpretativos de política, subrayan la importancia del juego entre los universos simbólicos, marcos de referencia, sistemas de creencias, valores y modelos culturales en el proceso de definición de problemas, de configuración de agendas y de diseño de las políticas. Asimismo, señalan el impacto de la definición del problema en la implementación de las políticas.

El análisis de marcos tiene su origen en los trabajos de Goffman (1974) en el campo de la sociología y el análisis de las interacciones, en que señala los marcos como un principio de interpretación. Goffman plantea que toda experiencia y toda actividad social pueden contemplarse desde varios *frames* (o encuadres), que se relacionan entre sí, se remiten unos a otros y se utilizan como modelos unos respecto de otros. Estos *frames* permiten organizar la experiencia, lo cual se realiza a partir de una multiplicidad de frames, que se vinculan con las percepciones de las personas implicadas en cada una de las situaciones producidas (Fischer, 2003).

La vida social está organizada con esquemas interpretativos que los individuos entienden y manejan. En la medida en que se comprenden los principales esquemas se puede lograr formar una imagen del marco o de los marcos interpretativos de un grupo (Goffman, 2006). Los marcos interpretativos son pautas que las personas reconocen en los acontecimientos sociales, que constituyen un elemento central de la cultura de cualquier grupo social y varían según el grado de organización. No obstante, sea cual sea su grado de organización, los marcos de referencia permiten identificar sucesos concretos (Goffman, 2006).

Los marcos/esquemas interpretativos se asientan en los intereses, los deseos, las metas y los valores de los individuos y de los grupos y de ellos dependen la elaboración de representaciones concretas de un problema social y la construcción de la realidad (López, 2007). Están forjados en la interacción comunitaria, son instrumentos mediadores entre la realidad y el sujeto, gracias a los cuales éste puede caminar en un mundo coherente, porque activan mecanismos de estructuración y ordenación de la realidad, definiéndola y orientando un curso de acción, proponiendo cómo y cuándo actuar (López, 2011).

Un *frame* o marco es un mecanismo subjetivo de organización e interpretación de la realidad, que la dota de significado, orienta un curso de acción (López, 2007) y la esquematiza dándole significado (Bustelo & Lombardo, 2005). Los marcos se articulan a partir de una mirada estratégica y no constituyen un elemento casual sino que se asientan, siguiendo un argumento constructivista, en las pautas de interpretación que el sujeto ha ido aprendiendo a lo largo de la vida, a partir de lo que han forjado sus experiencias, y que, según postula la perspectiva constructorista, están íntimamente ligadas a un contexto, en términos espaciales y temporales, de interacciones dotadas de un significado concreto que se gesta y elabora en una comunidad (López, 2007).

Más que una visión particular de los problemas públicos un *frame* suele mostrar una visión relativamente compartida por un grupo específico (Maluenda, 2014).

Desde un punto de vista constructivista, la investigación en el campo de los problemas públicos prestaría especial atención a los distintos esquemas o marcos defendidos por diferentes individuos o grupos, donde el interés es recabar información sobre distintas representaciones de un problema en un momento o un periodo histórico concreto (López, 2011). No obstante, de acuerdo a lo que refiere López (2011) “la investigación acerca de los problemas públicos supone prestar atención a la manera en que los significados se gestan a través de la interacción comunitaria” lo que se ajusta una perspectiva construccionista, por lo tanto este tipo de enfoque resulta muy útil para analizar los procesos que acompañan la evolución de los problemas sociales y como los distintos actores condicionan los significados sociales alrededor de una determinada situación y cuál es el papel de las relaciones de poder en todo ello. Con esta perspectiva se pone énfasis en los desequilibrios de poder, las alianzas y las negociaciones discursivas de cómo nombrar los problemas (López, 2011).

Una alternativa de análisis para entender cómo se gestan los significados de un problema público y de una política pública, es el análisis de los *policy frames* o los marcos de una política, el cual se centra en el plano simbólico al ser, como su nombre lo indica, un *policy frames* de la política (Martin, 2012).

Cuando se analiza un problema público los marcos interpretativos ordenan las distintas representaciones y consensos sobre el mismo, se extraen las razones y coherencia, las que son cuidadosamente seleccionadas en el terreno político, pues se utilizan como elementos de persuasión (López, 2007). De acuerdo a Verloo, un *policy frames* o un marco de política es “un principio de organización que transforma la información fragmentada o casual en un problema político estructurado y significativo, en el que se incluye implícita o explícitamente, una solución” (Verloo, 2002, pág. 11). Por tanto, los marcos de política no son solo descripciones de la realidad sino construcciones o representaciones específicas que dan significado a dicha realidad y estructuran la comprensión de la misma (Bustelo & Lombardo, 2005). Los *policy frames* organizan los problemas y les confiere forma y coherencia. Crea “marcos” o límites de la realidad, que son compartidos y aceptados por un grupo o una comunidad (Martin, 2012) y tienen consecuencias concretas y materiales que establecen las condiciones para las futuras acciones y realidades (Verloo & Lombardo, 2007).

Los *policy frames* frecuentemente son resultado de consensos entre actores, pero las interpretaciones diversas se mantienen, por lo que es necesario develar cuales son los *policy frames* implícitos y explícitos (Martin, 2012) ya que un *policy frame* puede agrupar una serie de *Frames* y en cada uno de ellos múltiples visiones sobre un problema público con aparente coherencia y armonía (Maluenda, 2014).

Los marcos de política tienen un formato típico basado en la división de diagnóstico y pronóstico. Por lo tanto, una política incluye una representación de un diagnóstico (algún hecho o aspecto de la vida social se considera problemático y necesita cambios), una representación de un pronóstico (se propone una solución al problema) y una llamada a la acción (acciones para la corrección y de parte de quienes), que son las

tres tareas principales del proceso de creación de marcos. (Diagnóstico, pronóstico y acción) (Bustelo & Lombardo, 2005).

1.3.1. Lenguaje y Representaciones discursivas en los Marcos Interpretativos

Los sujetos como colectivo construyen el mundo social en el que viven. Esta construcción parte de la interacción a través del lenguaje, ya que, en efecto, los sujetos no sólo dialogan entre sí sino también con su entorno (López, 2007).

El lenguaje es un arma estratégica ya que sirve potencialmente para crear o manipular una concreta situación o para provocar representaciones en disputa ante un mismo acontecimiento (López, 2007). El contexto en el lenguaje juega un papel preponderante ya que excluye o incluye significados, pero el entorno no puede tener este poder sin la presencia de un intérprete (Goffman, 2006). Por tanto, con el lenguaje se puede crear o manipular una concreta situación y provocar representaciones en disputa ante un mismo acontecimiento. Por esta razón, el lenguaje y los discursos resultan objetivos centrales de atención cuando se analizan los marcos interpretativos, ya que son medios efectivos de construcción social y política (López, 2011).

López (2011) señala que “las representaciones discursivas son representaciones elaboradas por individuos o colectivos en las que se puede encontrar un posicionamiento acerca de un problema social específico” (pág. 19). Las representaciones en el discurso político se crean siguiendo determinados intereses, se planean como estrategias para la consecución de ciertos fines y se usan con determinada intencionalidad (López, 2007). Por tanto, los marcos de política se originan en el discurso político, en la medida en que los actores los utilizan pueden explicar por qué discursivamente los están utilizando y lo que significa para ellos. Se originan en la práctica, en las rutinas y las reglas que comúnmente se aplicarán en determinados contextos, sin la conciencia de que estos son de hecho las reglas o rutinas (Verloo & Lombardo, 2007).

Para comenzar a explorar cuáles son los marcos interpretativos alrededor de un determinado problema público, como el VIH/SIDA en la sociedad chilena, se deben estudiar las representaciones discursivas disponibles (López, 2011). En efecto López (2011) afirma “que en el acto de nombrar observamos la aparición de realidad, aquello que se conformaba como un magma informe e indiferenciado, u oculto y disperso, comienza a tomar poco a poco entidad como una realidad propia, objeto de estudio, de opinión y valoración y, eventualmente, de actuación por parte de los poderes públicos. En este sentido, el lenguaje y el acto de nombrar constituyen las condiciones para la acción e, incluso, el lenguaje es ya una forma de acción” (pág. 18). Además, el lenguaje tiene grandes efectos en la vida diaria, en un sentido transformador o conservador (López, 2011).

El lenguaje es una práctica de representación y cuando es llevado a su máxima consecuencia es un acto de manipulación ya que todo signo o representación es ideológico. En política el lenguaje puede usarse con una determinada intencionalidad para perseguir unos determinados fines (López, 2011). Uno de los potenciales análisis es la identificación de prejuicios que dan forma a los discursos políticos lo que puede revelar inconsistencias y preferencias (Verloo & Lombardo, 2007).

1.3.2. Marco Interpretativo de Diagnóstico y Marco Interpretativo de Pronóstico

De acuerdo a López “los marcos interpretativos constituyen una herramienta de análisis que sintetiza la idea de que los sujetos construyen los problemas sociales a los que se acercan” (López, 2011, pág. 15) y en ellos pueden aparecer tantas representaciones, interpretaciones y visiones como actores estén en juego. Así mismo aparecen ideas en competencia en torno a interrogantes como cuál es el problema, quién es responsable del mismo, cuáles son sus causas y efectos y cuáles son sus soluciones (López, 2011)

Un marco de política es un principio de organización que transforma la información fragmentaria o incidental en un problema estructurado y significativo, en el que una solución está implícita o explícitamente incluida. Por lo cual un problema público puede ser representado en diversas dimensiones (Verloo & Lombardo, 2007).

Existen dos dimensiones claves de un marco de política: La primera, el diagnóstico que responde a la pregunta ¿Cuál es el problema?, y el pronóstico que responde a la pregunta ¿Cuál es la solución? Una de las tareas principales del proceso de creación de marcos interpretativos es la representación de un diagnóstico y de un pronóstico (Bustelo & Lombardo, 2007).

El diagnóstico se refiere a la identificación del problema y la atribución de culpa o causalidad. Es una imagen de algún hecho o aspecto de la vida social que se considera problemático y necesita cambios (Bustelo & Lombardo, 2005). La identificación del problema ordena las distintas interpretaciones de situaciones que son consideradas problemáticas y busca los elementos que pudieron originarlas.

Cuando se tiene claro el problema y su causalidad, el pronóstico propone una solución al problema, especifica qué es lo que se debe hacer y fundamenta las razones para implicarse en la acción correctiva y quiénes serán los encargados de ello. La creación del pronóstico es en resumen el cómo debe ser tratado el problema (Bustelo & Lombardo, 2005).

1.4. Análisis *Policy Frames*

La noción de marco interpretativo sintetiza la idea de que los sujetos construyen los problemas sociales a los que se acercan (López, 2007). Constituye un concepto utilizado por la teoría de los movimientos sociales. La combinación de oportunidades políticas, estructuras de movilización y procesos enmarcadores explican la subida y la caída de los movimientos sociales (Bustelo & Lombardo, 2005). Según esta teoría, los marcos interpretativos sirven a los movimientos para asignar significado e interpretar los acontecimientos sociales con la finalidad de movilizar simpatizantes y desmovilizar a sus antagonistas (Bustelo & Lombardo, 2005).

El concepto de marco interpretativo también se relaciona con la literatura sobre el establecimiento de la agenda política. Los problemas políticos que llegan a la agenda no son una mera descripción de hechos y objetivos, sino que tiende a ser una representación estratégica que da relevancia a determinados problemas o asuntos y no a otros. Donde cada solución postulada contiene ya en sí una particular representación

de cuál es el problema lo que tiene implicaciones en la solución encontrada (Bustelo & Lombardo, 2005)

El proceso de enmarcado, situar el problema social entre determinadas características y condiciones (*framing*) conduce a su identificación desde una determinada perspectiva y a su representación con unas precisas características y unos concretos protagonistas (López, 2007). El análisis de los marcos de diagnóstico y pronóstico permite descubrir similitudes en la manera de enmarcar un problema, en la atribución de roles y en las voces que hablan en los textos y así también distinguir desequilibrios en el pronóstico (Lombardo, 2005).

El análisis del marco parte del supuesto que existen múltiples interpretaciones en la formulación de políticas y trata de abordar estas interpretaciones implícitas o explícitas (Verloo & Lombardo, 2007). El propósito del análisis de los marcos favorece la comprensión de las diferentes formas en que un problema es enmarcado. La relevancia de este enfoque consiste en la posibilidad de captar los matices de un marco de políticas. Esto se logra a través de un análisis detallado en profundidad de las diferentes dimensiones dentro de un marco específico (Verloo & Lombardo, 2007). Se parte de la base de que los problemas de política se construyen, que existen interpretaciones opuestas de lo que es el problema, y que en la política de solución está incorporado la representación del problema (Verloo & Lombardo, 2007).

El análisis de los marcos interpretativos permite explorar las distintas representaciones complementarias o en disputa en torno a un problema público en un contexto determinado. Se pueden acceder a estas representaciones a través del análisis de documentos del ámbito político y social (López, 2011).

De acuerdo a lo señalado por Bustelo y Lombardo (2007) “el análisis de marcos se concibe como el estudio de los marcos interpretativos de política tal y como se utilizan en la (re)construcción y negociación de la realidad por parte de los actores sociales y políticos en sus respectivos discursos” (pág. 20).

La siguiente tabla muestra que el análisis de las diferentes dimensiones que componen un determinado marco interpretativo, permite revelar e identificar aspectos esenciales para la representación de un problema público.

Tabla 1: Análisis de los Marcos Interpretativos

Análisis de los marcos Interpretativos	
Revela	Identifica
Marcos de Diagnostico Pronostico	<ul style="list-style-type: none"> • Dominancia • Coherencia
Mapa de enmarcaje	<ul style="list-style-type: none"> • Maneras diferentes de enmarcar
Marcos mayores y menores	<ul style="list-style-type: none"> • Matices en cada marco

Conciencia sobre prejuicios	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptuales • Discursos políticos
Incoherencias en políticas públicas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño • Ejecución

Fuente: Elaboración propia a partir de Lopéz, (2011)

Para lograr un análisis comparativo de los marcos interpretativos Lombardo sostiene que, una metodología recomendable es el “análisis del discurso de los documentos oficiales de las principales instituciones políticas y de los debates parlamentarios en los niveles nacional y comunitario, así como de textos producidos por la sociedad civil y los medios de comunicación” (2005, pág. 60). En ellos se analizan las distintas representaciones, tanto implícitas como explícitas, que los actores políticos ofrecen del problema y de las soluciones que se proponen (Lombardo, 2005).

Los documentos seleccionados para el análisis de los marcos interpretativos pueden variar desde textos legislativos, programas de los partidos políticos y programas electorales, artículos de prensa y textos del movimiento sociales, que sirven como contraste para el análisis (Lombardo, 2005).

1.4.1. Los Marcos Interpretativos Dominantes y en Conflicto

Existe gran diversidad de marcos interpretativos que influyen en la formulación de las políticas (Bustelo & Lombardo, 2005). Los marcos se construyen para dar sentido a diferentes situaciones y acontecimientos, atribuir culpas o causalidad y sugerir acciones. El método de análisis de los marcos interpretativos de las políticas intenta identificar los marcos dominantes y/o en conflicto entre sí en el discurso de los actores socio-políticos (Bustelo & Lombardo, 2007). Los marcos interpretativos dominantes o también llamados Monopolios de los significados son la estructura discursiva predominante en una situación dada, dado que no todos los individuos o grupos se encuentran en la misma situación de poder por tanto los discursos tienen un valor ponderado según quién los emita y en el momento en que lo haga; todo discurso lleva en su seno un determinado valor más allá de su contenido. (López, 2007).

Aplicando el análisis de marcos es posible identificar los diferentes marcos de diagnóstico y pronóstico que operan explícita o implícitamente en los textos políticos oficiales. Este tipo de análisis da cuenta de la dominancia, debilidad o ausencia, y de la coherencia o incoherencia de los marcos (Lombardo, 2005).

El análisis de marcos puede ser de ayuda en trazar el mapa de los distintos discursos sobre un problema no es igualmente útil para entender por qué los marcos existentes han surgido en la manera en la que aparecen. Para esto es necesario investigar cuál es el contexto en el que determinados discursos han surgido, qué actores los han elaborado y que actores han sido incluidos y porque algunos discursos resultaron más dominantes que otros. Para completar este análisis es recomendable entrevistar a los actores involucrados en la elaboración de los textos (Lombardo, 2005).

La siguiente tabla ayuda a identificar la ocurrencia de los marcos de diagnóstico y pronóstico y la identificación de los marcos dominantes en cada uno de ellos.

Tabla 2: Ocurrencia de los Marcos

Marcos de diagnóstico			
Marcos dominantes	Marcos menos dominantes	Marcos débiles	Marcos ausentes
Marcos de pronóstico			
Marcos dominantes	Marcos menos dominantes	Marcos Débiles	Marcos ausentes

Fuente: Cuadro de análisis (Lombardo, 2005)

En una comunidad pueden aparecer múltiples marcos interpretativos de la realidad, en ocasiones complementarios, en ocasiones en competencia. Por lo cual para interpretar la realidad a la luz de un marco u otro no se pueden obviar los sentimientos, las emociones, los valores que conducen a un sujeto a interpretar la realidad en una determinada clave (López, 2007).

Los conflictos de marcos pueden estar presentes en una determinada Política Pública y provocar en su implementación cotidiana complicaciones o al menos cuestionamientos, lo que transfiere el debate sobre el problema público desde el escenario de la formulación al escenario de la implementación (Maluenda, 2014). Una de las maneras de identificar los marcos en conflicto en las políticas públicas es el análisis de los equilibrios de los textos, si hay en ellos una consideración de otros textos analizados (Lombardo, 2005) y en los discursos de los actores. Cada actor ostenta su propia visión de la realidad, que entrará en competencia con visiones contrarias y que dependiendo de las relaciones de poder que median al discurso será marginada, dominante o acallada (López, 2007).

Los marcos en conflicto se manifiestan en la expresión de puntos de vista opuestos, ya sea en la representación del problema como en la solución y sienta las bases de la controversia política (López, 2011). La identificación de marcos que compiten entre sí y de las inconsistencias dentro éstos, es transcendental para la comprensión de las representaciones del problema público y de la coherencia en la política pública.

1.4.2. Cambios en Los Marcos

Los marcos no tienen un carácter estático y puede haber cambios en ellos eventualmente ocasionados por el dinamismo que acompaña la propia evolución del sujeto y del contexto, lo que se plasmaría en potenciales variaciones del marco con el que se analiza un problema público (López, 2007).

Los cambios en los marcos se producen porque los problemas públicos tienen una peculiar vida, cuya principal característica es que se asientan en un eterno devenir que raramente encuentra término (López, 2007) dado los cambios importantes en las dinámicas sociales y en el debate intelectual y cultural (Guzmán & Salazar , 1992). Estos cambios se traducen en la terminología con que se designa el problema en cuestión, la observación de los actores a los que se da voz, la atribución de causalidad y los cursos de acción que se convierten en elementos fundamentales a la hora de explorar los cambios de marco (López, 2007).

De acuerdo a López “Los cambios de marco pueden suceder por múltiples motivos: cambios en la forma de enmarcar el problema en niveles superiores de gobierno, la necesidad de renovar la imagen de un líder o partido político, la presión de la opinión pública, la fuerza movilizadora de una figura carismática o la capacidad de colectivos sociales de introducir y diseminar nuevos discursos y prácticas” (2011, pág. 16). La importancia del análisis de los cambios en los marcos radica en que permite conocer la evolución de la representación de un problema político.

Un cambio de marco, generalmente, va unido a un cambio en la manera en que el problema es nombrado, un cambio en el entendimiento de los conceptos o a la necesidad de introducir otros nuevos. Cuando se exploran los cambios de marco, especialmente en la alteración de la terminología para referirse a una particular situación, se debe prestar atención a los actores que se les ha dado voz (López, 2011), observando qué aspectos se ocultan o quedan sin nombrar.

La siguiente tabla muestra cuatro situaciones, que de acuerdo a López (2011) pueden ser identificadas en el análisis de los cambios de marco (págs. 16-17).

Tabla 3: Cambios en los Marcos

Cambios en los Marcos	
Cambio en la manera de nombrar el problema.	Un cambio de marco generalmente es acompañado de un cambio en la manera de nombrar el problema.
Fantasía de cambio	Un proceso de cambio en la manera de nombrar el problema no necesariamente es un cambio de marco. Esto es una muestra clara de cómo el lenguaje puede ser estratégicamente usado para crear una “fantasía de cambio”. Los cambios terminológicos sugieren que el problema se define bajo postulados distintos, sin embargo, analizando en profundidad se puede revelar que el marco de interpretación no ha sido alterado (cómo el problema es definido y sus soluciones). En este sentido, se producirían cambios superficiales que mantienen los

	aspectos decisivos del marco en cuestión.
El mismo marco puede ser nombrado de distinta manera	Se evidencia un desacuerdo en la manera de nombrar el problema, que no es acompañado por un cambio de marco propiamente tal.
Ampliación en el significado de los conceptos	El mismo marco puede ser nombrado de distinta manera. Se evidencia un desacuerdo en la manera de nombrar el problema, que no es acompañado por un cambio de marco propiamente tal.

Fuente: Elaboración Propia a partir de Lopéz (2011)

1.5. Antecedentes generales sobre VIH/SIDA

1.5.1. Significados e Interpretaciones sobre el VIH/SIDA en la Política Pública

Las enfermedades adquieren distintas interpretaciones y significados de acuerdo a los diferentes grupos sociales y culturales en las que se manifiestan. En el caso del VIH y el SIDA, se articulan una gama de elementos, que desde su aparición tuvieron altas connotaciones simbólicas (Rodríguez & García, 2006). Los primeros casos de VIH/SIDA fueron detectados en personas homosexuales, por lo que inicialmente se adjudicó a este grupo la exclusividad de la enfermedad, luego dada la evidencia se concluyó que todas las personas podían adquirir el VIH, pero que habían ciertos “Grupos de riesgo” con más probabilidades de adquirirlo, finalmente se dejó de hablar de personas de riesgo, para hablar de prácticas sexuales de riesgo, este proceso de readequación de los conceptos marcó profundamente las interpretaciones y significados del problema del VIH/SIDA.

Una de las interpretaciones que surgió del problema del VIH hace referencia justamente a los riesgos individuales que corren las personas en su vida sexual, donde las acciones de prevención casi en su totalidad están dirigidas a personas homosexuales. Esta relación entre riesgo y homosexualidad fue decisiva para configurar un discurso respecto de que el VIH es el resultado de este comportamiento sexual (Estrada, 2006). Discurso que persiste hasta hoy, en el que no se incluyen las conductas heterosexuales en la caracterización de los factores de riesgo.

Posteriormente en las representaciones del problema se pone atención a los contextos ambientales y socioculturales en el que se desarrollan las personas. Adquieren importancia los significados que los sujetos les dan a las prácticas de prevención del VIH y de riesgo, a partir de su pertenencia a contextos culturales específicos (Estrada, 2006). Esta interpretación sugiere acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia la orientación homosexual.

Las últimas nociones surgidas para entender la manifestación del problema del VH/SIDA albergan la idea de que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia y se sostiene que ellas constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables

(Estrada, 2006). En cuanto a las desigualdades económicas, es necesario mencionar que, en Chile, en los últimos informes respecto a la situación del VIH, se señala que los nuevos casos de personas viviendo con VIH, pertenecen a los segmentos con mayor escolaridad y en su mayoría no pertenecen a los grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica (MINSAL, 2013), por tanto, la idea de que las personas que adquieren VIH pertenecen a estratos socioeconómicos más bajos no se ajusta a todas las realidades sociales.

En cuanto a las consideraciones sobre la vulnerabilidad social e individual y exclusión social, las acciones preventivas están dirigidas hacia el activismo de base comunitaria, que se organiza principalmente para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas (Estrada, 2006). Con esta interpretación del problema, toman parte en el debate de la política pública, las personas directamente afectadas, así también variados grupos sociales que se han visto expuestos constantemente a exclusión social: Hombres homosexuales, personas transgénero, trabajadoras sexuales, pueblos originarios, inmigrantes, personas privadas de libertad, personas en situación de calle, grupos de mujeres, entre otros y como señala López (2011), entre más actores estén en juego, más variadas son las representaciones, interpretaciones y visiones del problema. En este sentido en los distintos abordajes del VIH se destacan los temas de la diversidad sexual, de género y etnicidad y la exclusión geográfica (Cáseres, 2004).

1.5.2. Contexto Mundial sobre VIH/SIDA

El VIH, es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana que tiene la particularidad de atacar y destruir en forma progresiva al sistema inmunológico de las personas, éste virus se transmite de una persona que lo ha adquirido a otra por vía sexual, sanguínea y de la madre a su hijo o hija durante el embarazo, el parto o la lactancia cuando no se han tomado las medidas de prevención. Se llama SIDA, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, a la etapa avanzada de la infección producida por el VIH (MINSAL, 2015). No existe cura para el VIH/SIDA, pero los fármacos antirretrovíricos eficaces, pueden controlar el virus (OMS, 2015).

A principios de los 80 fueron notificados en EE.UU. los primeros casos de personas viviendo con VIH/SIDA, tras la aparición de ciertas infecciones en algunos hombres jóvenes, sanos hasta ese momento, las cuales no eran comunes para este grupo etario. A estos casos se sumaron notificaciones de infecciones similares en África, el Caribe y Europa; lo que revelaba que se estaba frente a una pandemia. En 1981 se dio nombre al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA (OMS, 2003).

Los primeros casos de personas afectadas con el virus tenían en común las mismas prácticas sexuales, hombres que tenían sexo con otros hombres, por tanto, en primera instancia, dado el desconocimiento de este virus y su forma de transmisión, se concluyó apresuradamente que éste era propio de las personas con estas prácticas sexuales. La prensa de la época alarmaba a la población general con titulares como “la peste rosa”, “el cáncer gay”, entre otros, provocando de entrada discriminación y estigma hacia las personas afectadas por el SIDA (Rosas & Gomes, 2008).

Durante la primera década desde las primeras notificaciones de VIH en el mundo, al diagnóstico le seguía la muerte inminente de la persona que lo padecía en solo meses o semanas (Wilson & Wolff, 2012), a mediados de los 90 surgen los medicamentos antiretrovirales recomendados por expertos en VIH para suprimir la reproducción del virus y retrasar la progresión de la enfermedad causada por el VIH. El uso de los medicamentos antiretrovirales ha llevado a un significativo aumento en la sobrevivencia de las personas que viven con VIH, tanto que, en opinión de algunos, vivir con VIH actualmente es similar a tener una enfermedad crónica (Wilson & Wolff, 2012).

Debido a la preocupación de los países por la rápida propagación de este virus en el mundo que dejaba muchas muertes y evidenciaba las desigualdades en materia de salud, se realizan grandes esfuerzos para combatir el VIH/SIDA, tanto que ninguna enfermedad en la historia ha impulsado una movilización comparable de recursos políticos, financieros y humanos (ONUSIDA, 2008). Uno de los principales hitos mundiales fue la creación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA¹.

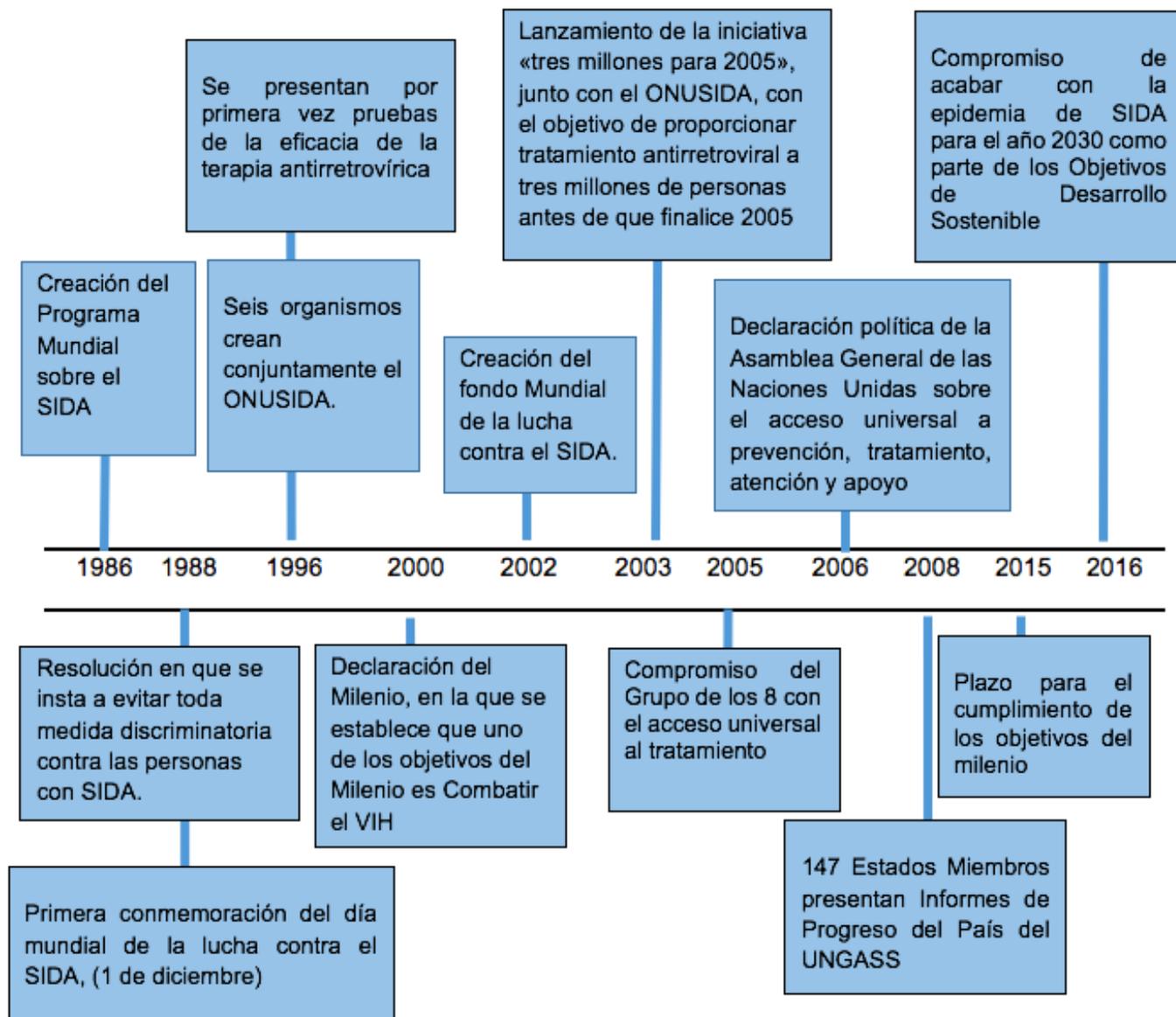
En el año 2000 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la declaración del Milenio que compromete a los Estados miembros a cumplir con una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza y estableciendo una serie de objetivos sujetos a plazo, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de los cuales uno corresponde a combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades y cuyo vencimiento del plazo estaba fijado para el año 2015 (ONU, 2000).

En el año 2002 se crea el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria que es una institución financiera que presta apoyo a los países para el combate a estas enfermedades. Este fondo es una asociación entre gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las personas afectadas por las enfermedades. Recauda e invierte cerca de US\$4.000 millones anualmente para financiar programas dirigidos por expertos locales en los países y las comunidades que más lo necesitan (Fondo Mundial, 2016).

Según cifras de ONUSIDA 2016, desde el comienzo de la epidemia hasta el final de 2015, 35 millones de personas en el mundo han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA. En 2016, 36,7 millones de personas viven con el VIH en el mundo, de las cuales para noviembre de ese año se anuncia que solo 18,2 millones están recibiendo terapia antirretrovírica, por tanto uno de los esfuerzos es procurar el acceso a tratamiento a las personas que viven con el virus, con el fin de disminuir la carga viral de modo que se refuerce su sistema inmunológico y se reduzca el riesgo de transmisión, asimismo acelerar los esfuerzos para poner fin a la epidemia de SIDA para el año 2030 (ONUSIDA, 2015).

¹Actualmente, concentra los esfuerzos de 11 organizaciones de las Naciones Unidas ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mujeres, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial (ONUSIDA, 2016). Además, los países miembros de naciones unidas asumieron distintos compromisos, no solo en la prevención y en el control del VIH/SIDA, sino también en el trato hacia las personas viviendo con VIH.

Ilustración 1: Principales Hitos Mundiales sobre VIH/SIDA



Fuente: Elaboración Propia a partir de OMS, (2003) ONUSIDA (2008) y ONUSIDA (2015)

1.5.3. VIH/SIDA en Chile

Se comienza a hablar de VIH en Chile a mediados de los años 80 cuando se detectaron los primeros casos en el país de personas con VIH. Al igual que el resto del mundo el desconocimiento sobre este nuevo virus y sobre la forma de hacerle frente alarmo no solo al sector salud, sino al público en general. Cuando fallece en Chile la primera persona a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA, provoca impacto en la opinión pública y la prensa chilena de la época reaccionó haciendo aseveraciones como “Enfermedad rara”, “cáncer gay”, lo que sólo demostró la desinformación existente sobre el VIH/SIDA y la discriminación hacia quienes estaban afectados por él.

Desde las notificaciones de los primeros casos de VIH/SIDA, especialmente de la primera muerte por enfermedades asociadas al SIDA, comenzó a gestarse la historia del VIH/SIDA en Chile, marcada fuertemente por los esfuerzos del sistema de salud para prevenirlo y controlarlo y de la sociedad civil organizada (de personas afectadas directa e indirectamente por el VIH/SIDA), para no solamente prevenirlo y controlarlo, sino para combatir la discriminación y el estigma. Como señala Donoso (2012) el VIH/SIDA es considerado “Una de las enfermedades con la más alta carga de discriminación y criminalización en la historia de la salud en el Chile del siglo XX”.

En el año 1984 se detectaron 6 casos de personas viviendo con VIH/SIDA en Chile, las cuales eran hombres provenientes de las regiones de Valparaíso, Bío-Bío y Metropolitana y la primera muerte a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA se registró en agosto de ese mismo año (Afani, 2014). En el año 1985, en la región Metropolitana se notificó la primera mujer con VIH/SIDA del país.

Según datos del Ministerio de Salud, entre 1990 y 2011 han muerto 67.842 personas por enfermedades asociadas al SIDA y se han notificado 29.092 casos de VIH/SIDA hasta el 2012. Aproximadamente la mitad de los casos están notificados como SIDA y la otra mitad como VIH (MINSAL, 2016).

De acuerdo a estimaciones de 2015 del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA, el número de personas que viven con el VIH en Chile es de 32,000, entre 15 y 49 años (ONUSIDA, 2015).

El VIH/SIDA en Chile se caracteriza por ser mayoritariamente de transmisión sexual, concentrada en hombres adultos jóvenes (MINSAL, 2013), lo que significa que el VIH “se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones, pero aún no se ha extendido entre la población general” (ONUSIDA, 2011, pág. 12),

La detección del VIH se hace principalmente a través de un examen sanguíneo, que puede efectuarse en establecimientos de salud de atención abierta o cerrada del sistema público o privado de salud. Está establecido que este examen debe ser voluntario y confidencial. El Instituto de Salud Pública es el encargado de confirmar el diagnóstico serológico mediante métodos diagnósticos suplementarios más específicos.

La siguiente tabla muestra el número de casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive) por región desde el año 2010 al 2015 y la tasa por 100.000 habitantes correspondientes a este grupo etario. Se destaca que en las regiones de Arica y

Parinacota, Tarapacá y Metropolitana se registraron las tasas más altas para cada año del período en estudio. Se observa, además, un aumento continuo en las tasas de Coquimbo, Valparaíso y Magallanes desde el año 2010 hasta el 2015.

Tabla 4: Casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive) y tasas*, por región y año. Chile, 2010-2015

Región	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Casos	Tasa										
Arica y Parinacota	61	34,8	79	44,2	73	40,0	86	46,2	76	40,1	105	54,4
Tarapacá	81	34,8	86	36,0	79	32,2	96	38,1	104	40,2	128	48,3
Antofagasta	113	24,6	129	27,6	120	25,2	150	31,0	159	32,3	169	33,8
Atacama	28	12,1	55	23,4	36	15,1	45	18,5	57	23,1	57	22,8
Coquimbo	85	14,8	88	15,0	114	19,1	124	20,4	141	22,7	144	22,8
Valparaíso	251	17,5	275	19,0	291	19,8	348	23,4	374	24,9	380	25,0
Metropolitana	1.802	32,0	1.770	31,0	1.940	33,5	2.291	39,0	2.397	40,2	2.367	39,2
L. B. O'Higgins	71	10,0	87	12,1	104	14,2	96	13,0	96	12,8	100	13,2
Maule	62	7,6	78	9,4	91	10,9	118	13,9	92	10,7	118	13,7
Biobío	160	9,6	237	14,0	256	15,0	295	17,1	260	14,9	302	17,2
Araucanía	68	8,8	60	7,7	80	10,1	83	10,4	65	8,0	118	14,5
Los Lagos	113	17,5	131	20,0	121	18,2	176	26,2	142	20,9	185	27,0
Los Ríos	41	12,9	32	9,9	43	13,2	39	11,8	42	12,6	55	16,4
Aysén	12	14,7	9	10,9	6	7,2	14	16,5	13	15,1	16	18,3
Magallanes	20	15,3	23	17,4	35	26,3	43	32,0	47	34,7	47	34,5
Total	2.968	21,4	3.139	22,3	3.389	23,7	4.004	27,7	4.065	27,7	4.291	28,9

*Tasas por 100.000 habtes. en base a Proyección de Población para ≥ 13 años INE, 2016.

Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública (MINSAL, 2016).

1.5.4. Política de Prevención y control del VIH/SIDA en Chile

El VIH/SIDA fue asumido como enfermedad en el sistema de salud pública desde 1984 con la promulgación del Decreto N° 294, que modifica el N° 362 que es el que aprueba el Reglamento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y que incorpora en el Artículo N° 2, “el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)”.

En el año 1990 el Estado de CHILE, asigna al Ministerio de Salud la dirección y orientación técnica de las políticas públicas destinadas a la prevención y control del VIH/SIDA, creando, la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), responsable de la elaboración y coordinación ejecutiva del Programa de Prevención y Control del SIDA; y desde 1997 también de las Infecciones de transmisión Sexual (ITS) (Muñoz, 2012).

En 1991, el Ministerio de Salud de Chile, a través de la Comisión Nacional del SIDA, realizó la primera campaña de comunicación social cuyo lema fue “Yo estoy afectado(a) por el SIDA” Dirigida a la población general, que buscaba sensibilizar, informar para no discriminar y prevenir. Hasta 2015 se han desarrollado 13 campañas de comunicación social desde el Ministerio de Salud con distintos slogans, lo que en su mayoría apuntan a la prevención de la transmisión del VIH/SIDA por vía sexual.

En 1997 el Ministerio de Salud crea un servicio telefónico, conocido como FONOSIDA, con el propósito de ofrecer al público general un espacio para resolver dudas sobre VIH/SIDA de forma confidencial y gratuita (Muñoz, 2012).

En 2001 se Publica de la Ley No19.779, conocida como la Ley del Sida, que establece normas relativas al Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Hace referencia principalmente a la confidencialidad que debe rodear el examen para detectar el VIH y las medidas para evitar la discriminación hacia las personas que viven con VIH.

En el año 2003 se firma el convenio entre el Fondo Mundial para la lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el Estado de Chile, con el objetivo de “Acelerar y profundizar en la respuesta nacional, intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia del VIH/Sida en Chile”, que permite que se cubra en un 100% la triterapia que requieren los pacientes afectados con SIDA atendidos en el sistema público de salud, incorporándose además apoyo relativo al autocuidado en la prevención. Como ya se mencionó en el apartado anterior, el Fondo Mundial es una institución financiera que presta apoyo a los países en la respuesta a estas tres enfermedades. El proyecto fondo global en Chile finalizó en 2008 y de acuerdo a lo señalado por el director ejecutivo de CONASIDA de la época Chile había alcanzado un mayor estándar a nivel internacional, por lo cual dejó de recibir el aporte de este fondo (Bustos, 2010).

Uno de los principales hitos del VIH/SIDA en Chile, es la inclusión de éste entre los problemas de salud establecidos en el Régimen de Garantías Explicitas en Salud de 2004 (plan AUGE) del Ministerio de Salud, que entra en vigencia en 2005, estas garantías son relativas a la toma de exámenes, tratamiento antirretroviral y a la protección financiera. En 2006 se agrega a estas garantías, el tratamiento antirretroviral en embarazadas con VIH en la prevención de la transmisión vertical. Esta garantía, especialmente en el tratamiento de del Virus, es distintivo de Chile, entre los países

latinoamericanos, lo que ha llevado en los últimos años a tener una fuerte inmigración de personas viviendo con VIH de estos países buscando medicación.

Dado que el VIH/SIDA representa un problema de salud pública, esto es porque ha presentado patrones masivos en su desarrollo y afecta a toda la población, en Chile, está sometido a vigilancia sanitaria. Desde 2004 se establece el VIH/SIDA como enfermedad de notificación obligatoria diaria. El médico o director del establecimiento de salud tiene el rol de notificar una vez confirmado el diagnóstico, por medio del respectivo establecimiento asistencial, enviándose el formulario correspondiente, el mismo día de la confirmación a la autoridad sanitaria competente, (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, SEREMIS) desde donde se remitirá al Ministerio de Salud (MINSAL, 2004).

Si bien la principal vía de transmisión en Chile es la sexual (MINSAL, 2013) y las campañas de comunicación social apuntan principalmente a la prevención de la transmisión del VIH/SIDA por esta vía, también se han realizado acciones para la prevención de la transmisión del VIH por vía sanguínea y la transmisión vertical de las cuales destacan las siguientes:

A partir del año 1987, se implementó en Chile el testeo obligatorio del 100% de la sangre que se utiliza en diferentes procedimientos médicos en el país y en los Bancos de Sangre (MINSAL, 1995). Además, se efectúa serología para la detección del VIH para todos los donantes.

En el caso de la prevención de la transmisión vertical del VIH (de la madre al hijo o hija durante el embarazo, el parto o lactancia) se ha establecido mediante el decreto N°45/11 del MINSAL que modifica el Decreto N° 182, de 2005, que el examen se efectuará siempre en el control prenatal de mujeres embarazadas, de esta manera iniciar un tratamiento precoz que aminore el riesgo de transmisión. En 2005 el Ministerio de Salud da a conocer la Norma Técnica N° 81, referente a la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y en 2012 pone a disposición la Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis, que alberga una serie de procedimientos que deben seguirse para evitar la transmisión vertical.

Desde 2005 la Comisión Nacional del SIDA es reestructurada convirtiéndose en el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

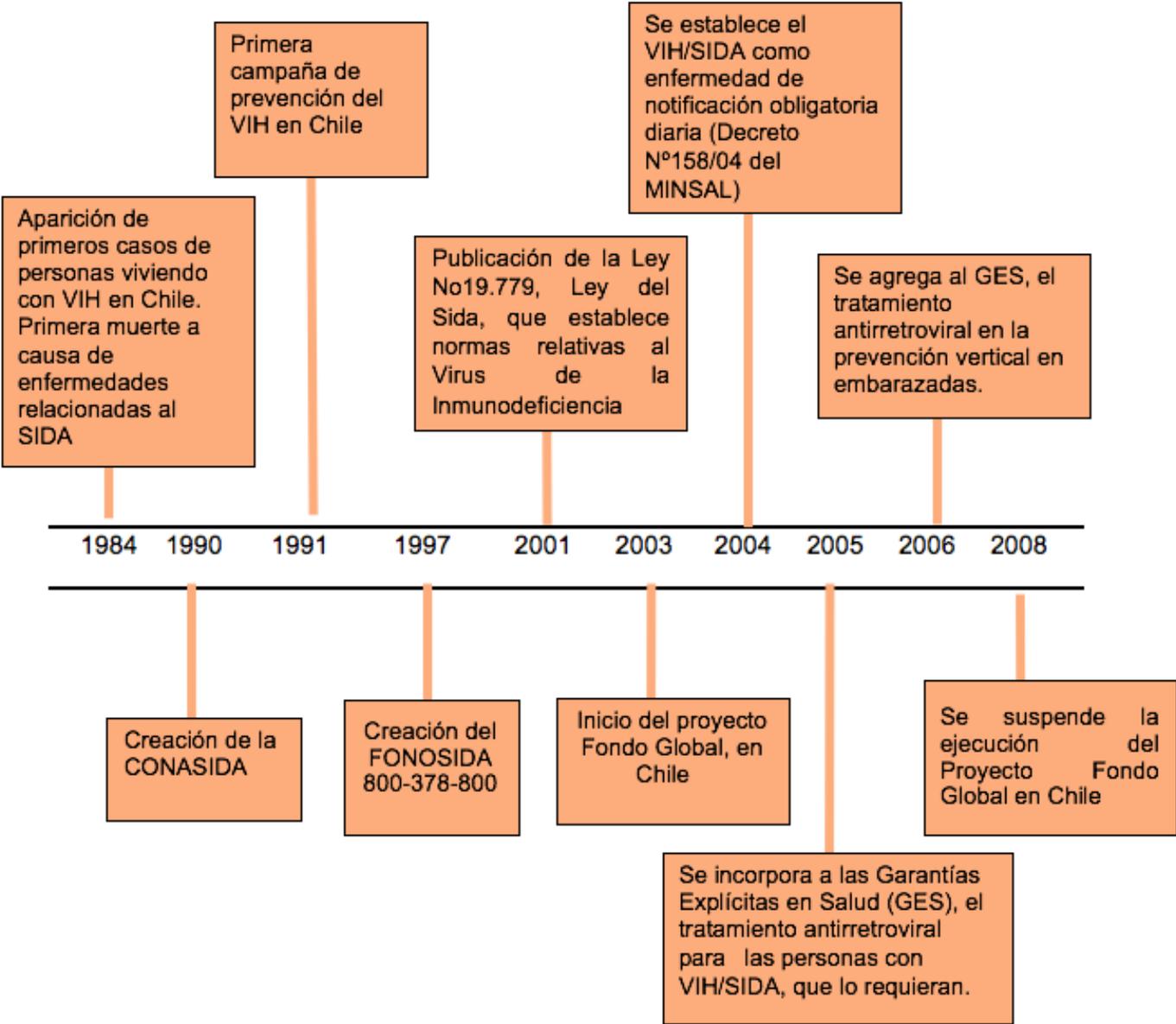
El Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA está encargado de Desarrollar Política Pública de Promoción de la Salud Sexual, Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA e ITS con el propósito de:

1. Disminuir la transmisión del VIH e ITS a través de estrategias efectivas de promoción de la salud sexual y prevención.
2. Disminuir la morbilidad y la mortalidad por VIH/SIDA e ITS, facilitando el acceso oportuno a diagnóstico, control y tratamiento.

Desde el año 2000 se implementa en las regiones del país la Respuesta Regional Integrada en Promoción de la Salud Sexual, Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS (RRI), orientada a la descentralización de las políticas en VIH/SIDA e ITS, con el propósito de plasmar en ella, la pertinencia cultural y realidad regional y local. Esta labor le corresponde a las Seremis de Salud.

En la siguiente figura se muestran en una línea de tiempo los principales hitos sobre VIH/SIDA en Chile

Ilustración 2: Principales Hitos sobre VIH/SIDA en Chile



Fuente: Elaboración Propia

1.5.5. Normativa Chilena

El marco jurídico regulador de las acciones en salud, relacionadas con el VIH/SIDA, es muy amplio ya sea para los establecimientos de salud públicos o privados. De este que se destacan las siguientes normas:

- Decreto No 466, de 1987, del Ministerio de Salud, imparte Norma para la aplicación de un Programa de Vigilancia Epidemiológica del SIDA. Esto considerando las recomendaciones que ha formulado la Organización Mundial de la Salud en orden a que sus países miembros establezcan sistemas de vigilancia y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y cumplan con los mecanismos de notificación a dicho organismo.
- Circular 4F/53 de 1995, del Ministerio de Salud, que contiene la Norma sobre exámenes microbiológicos obligatorios a realizar a toda sangre donada para transfusiones y otros aspectos relacionados con la seguridad microbiológica de la sangre. toda la sangre debe ser estudiada para descartar VIH y hepatitis B y otros patógenos.
- Circular 4C/21 de 2000, del Ministerio de Salud, que contiene Normas para la selección del Donante de Sangre.
- Ley N°19.779, publicada en el Diario Oficial, el 14 de diciembre de 2001, conocida también como la ley del SIDA, establece Normas relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana y crea bonificación Fiscal para Enfermedades Catastróficas. Esta ley resguarda los derechos de las personas, respecto a la prevención, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA, asimismo cautela el libre e igualitario ejercicio de los derechos de las personas que viven con VIH, impidiendo las discriminaciones para su acceso a educación, trabajo y salud.
- Decreto Supremo N°158 del 22/10/2004, Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, mediante el cual se establece al VIH/SIDA como enfermedad de notificación obligatoria (ENO) universal diaria. Tiene como objetivo conocer la magnitud, tendencia, características y factores de vulnerabilidad y riesgo frente a la epidemia, con el fin de generar estrategias para su prevención y control (MINSAL, 2013).
- Ley N°19.966 de 2004, del Ministerio de Salud, que establece un Régimen de Garantías en Salud. Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios (Ley N° 19.966, 2004).
- Decreto N°44 de 2005, modificado por Decreto 69/07, Normas del Ministerio de Salud que aprueban las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de

Garantías en Salud que incluye al VIH/SIDA entre los problemas de salud y garantías explícitas en salud referente a la ley N°19.966.

- Resolución Exenta No 622, 17 de octubre de 2005, del Ministerio de Salud, Norma Técnica No 81, Prevención de la Transmisión Vertical del VIH. se basa en las mejores evidencias científicas nacionales e internacionales, y contiene elementos de apoyo psicosocial que permitirán realizar la oferta del examen de detección del VIH, con consejería para que las mujeres puedan tomar la decisión de hacerse el test de Elisa con conocimiento.
- Decreto N°45 de 2011 del Ministerio de Salud que modifica el decreto no 182, de 2005, Reglamento del examen para la detección del Virus de la inmunodeficiencia Humana
- Decreto N°182 de 2005, reglamento para la detección del Virus de la Inmuno Deficiencia Humana. Los exámenes para la detección del VIH que se realicen en el país, tanto en el sector público como en el privado, deben ajustarse a las disposiciones de este reglamento. Sin embargo, quedan excluidos de esta normativa los que se refieran a las personas privadas de libertad recluidos en establecimientos penales y los del personal regido por el DFL N° 1 de 1997 del Ministerio de defensa nacional, por el DFL N°2, de 1968 del Ministerio del Interior y por el DFL N° 1 de 1980 del Ministerio de defensa nacional, todos los cuales se regirán por sus respectivos reglamentos.
- Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH de 2010 con el objetivo de estandarizar los procedimientos para la detección, diagnóstico e información de resultados de infección por VIH en forma oportuna, eficaz y eficiente en todos los niveles de atención del sector público y privado de salud, en el marco legal y normativo vigente (MINSAL, 2010).
- Norma Conjunta de Prevención de la transmisión Vertical (Transmisión Materno-Infantil) del VIH y la Sífilis de 2012, documento normativo se enmarca en la legislación vigente para el VIH y la Sífilis y contempla como principales objetivos disminuir la transmisión vertical del VIH y disminuir la Sífilis congénita (MINSAL, 2012).
- Ordinario N° 3579 del 16 de noviembre de 2012, ordinario n° 230 del 29 de enero de 2015, ordinario N°144 15 de enero de 2016 y ordinario N° 3471 del 19 de octubre de 2016 sobre orientaciones para el proceso de comunicación de resultados a usuarios y usuarias con serología positiva al VIH del sistema público de salud.

A las distintas normas específicas de VIH y SIDA se suma el marco regulatorio relativo a establecimientos que realizan exámenes diagnósticos y atención clínica, así también el marco regulatorio de otros temas sanitarios pero que abordan temas de VIH.

CAPITULO 2. METODOLOGÍA

2.1. Pregunta y Objetivos de la Investigación

2.1.1. Pregunta de Investigación

La política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile, está siempre en movimiento, debido principalmente a la investigación constante sobre la infección, la aplicación de nuevos conceptos, la eliminación de otros y diversas formas de representar el problema. Una de las principales causas es que el VIH/SIDA no solo es un problema de la salud pública, sino que involucra aspectos estructurales y culturales de la vida social que comprende variados sectores.

En la toma de decisiones en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile, son diversos los actores involucrados, en los distintos niveles de intervención estatal y gubernamental, así como en la sociedad civil organizada. Esto redundaría en una diversidad de interpretaciones y representaciones del problema público y la política pública, lo que hace atractivo indagar la coherencia de la política pública en su diseño y ejecución. Para este fin, el análisis *policy frames* o análisis de los marcos interpretativos de política, constituye un modelo ventajoso ya que permite identificar los marcos interpretativos explícitos e implícitos en una política pública, logrando con ello establecer distintos aspectos de la política pública.

En este estudio se utilizó el análisis *Policy Frames* o análisis de los Marcos interpretativos de la política pública de prevención y control del VIH/SIDA guiado por la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los marcos interpretativos explícitos e implícitos en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile?

A la vez la pregunta de investigación se desglosa en las siguientes sub-preguntas. ¿Por qué el VIH/SIDA es considerado un problema público?, ¿quién o quienes tienen el problema? ¿Cuál es la causa? ¿Cuál es la solución? ¿Cuáles son las acciones que se deben seguir para resolverlo? ¿Quién o quienes deben resolverlo? ¿Cuáles son los marcos interpretativos dominantes y en conflicto en la política pública? ¿Existen voces dominantes en la política pública y en la definición del problema público? ¿Se pueden identificar juegos de poder en la política pública a través de los marcos interpretativos? ¿En los últimos años ha habido cambios sustanciales de marcos interpretativos en la política pública? ¿Ha habido cambios en la forma de nombrar los marcos? ¿Ha habido cambios en las formas conceptuales de la Política Pública?

2.1.2. Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Analizar los marcos interpretativos en la política pública de Prevención y control del VIH/SIDA en Chile, a partir del discurso de los actores socio-políticos.

Objetivos Específicos

- Analizar los marcos interpretativos de diagnóstico y pronóstico en la política de prevención y control del VIH/SIDA en Chile

- Analizar los marcos interpretativos dominantes y en conflicto a partir de los discursos de los actores socio-políticos en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile
- Identificar la existencia de cambios en los marcos en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA Chile.

2.2. Descripción Metodológica de la Tesis

El análisis de las políticas públicas implica dar sentido al conocimiento tácito, a las múltiples interpretaciones, y a menudo a las definiciones en conflicto que las políticas tienen para los actores situados en lugares diferentes (Yanow, 1993). En las representaciones de un problema público están implícitos, los valores y los saberes los cuales son posibles de articular o construir de acuerdo a los distintos conocimientos que se pretenden lograr con la investigación. Los valores son un elemento fundamental para comprender las representaciones que aparecen sobre un problema público: la carga valorativa y sentimental con que el sujeto se acerque a un problema en cuestión, será determinante en la representación finalmente elaborada (López, 2007).

El propósito principal de este estudio es la descripción de los marcos interpretativos explícitos e implícitos de la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile. La idea es describir los significados e interpretaciones acerca del problema público y de la política. El carácter del estudio es cualitativo descriptivo ya que se quiere lograr una descripción de cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno (Baptista , Hernández, & Fernández , 1991).

El método utilizado para este estudio es el análisis de marcos (*frame analysis*) que se entiende como el estudio de los marcos interpretativos de política tal y como se utilizan en la construcción, reconstrucción y negociación de la realidad por parte de los actores sociales y políticos en sus respectivos discursos (Bustelo & Lombardo, 2005).

La metodología del análisis de los marcos interpretativos sirve para la comprensión de problemas públicos con múltiples interpretaciones (Verloo & Lombardo, 2007) como es el VIH/SIDA. Lo cual se logra identificando:

- Los diferentes marcos de diagnóstico y pronóstico que operan explícita o implícitamente en los textos políticos oficiales.
- Los marcos dominantes, débiles, ausentes y/o en conflicto y las inconsistencias dentro de éstos, en el discurso de los actores socio-políticos, que dan sentido a diferentes situaciones y acontecimientos.
- La lógica interna (implícita o explícita) de los marcos interpretativos, poniendo énfasis en las relaciones de poder presentes en los discursos e identificando los procesos de exclusión, es decir quiénes no tienen voz en la interpretación de dicho problema. (Bustelo & Lombardo, 2005).

2.2.1. Técnicas de Recolección de la Información

Para entender por qué los marcos existentes han surgido, porqué determinados discursos han surgido, qué actores los han elaborado y qué otros actores han sido excluidos, se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores claves involucrados en la toma de decisiones directa e indirectamente en la Política Pública.

Se realizó un análisis de contenido cualitativo de las distintas representaciones, tanto implícitas como explícitas, que los actores políticos ofrecen del problema y de las soluciones que se proponen (Lombardo, 2005).

Con el análisis se identificaron:

- Cadenas causales, finales y normativas, que inspiran el foco en Causalidad (qué es lo que se ve como causa y qué como efecto) dentro del Diagnóstico y el de Medios (qué es lo que se ve como meta y cuáles los fines para alcanzar dicha meta) dentro del Pronóstico (Bustelo & Lombardo, 2005).
- Quienes tienen o deben tener la voz en el debate político. La inclusión de voz en las dimensiones de un marco de política agrega una característica de crítica para el análisis de marcos. Facilita un análisis en términos de inclusión /exclusión y la energía que permite la identificación de qué voces (perspectiva y experiencias) están incluidas o excluidas en los marcos de política en los problemas y soluciones (Verloo & Lombardo, 2007).
- Inconsistencias dentro de un marco de política determinada a través de la introducción de la dimensión de “balance”, (Verloo & Lombardo, 2007). Con esto se puede evaluar si existe o no la correspondencia entre el diagnóstico del problema y el pronóstico o solución.
- Censores de exclusiones que existen en la formulación de discursos políticos (Verloo & Lombardo, 2007). La pregunta ¿quién tiene voz en la articulación del problema y de la solución? es la que permitió dar visibilidad a los procesos de exclusión que existen en la formulación de los discursos políticos, ya que se pueden identificar estrategias discursivas. Los marcos interpretativos que operan implícita y explícitamente en el discurso de actores políticos empujan a estos a prestar mayor atención a determinados temas, argumentos, y actores y al mismo tiempo a ignorar otros (Bustelo & Lombardo, 2007).

2.2.2. Muestreo

En la política de prevención y control del VIH/SIDA son muchos de los actores involucrados o stakeholders, definidos como cualquier actor institucional o individual que puede poner en juego el futuro de la política pública, positiva o negativamente (Waissbluth, 2008).

Como ya se ha mencionado anteriormente la política nacional de prevención y control del VIH/SIDA involucra variados actores tanto en su diseño como en su

implementación, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes (MINSAL, 2010), (Muñoz, 2012):

Sociedad Civil Organizada

Una de las distinciones de la política pública de VIH/SIDA en Chile es la participación social, ya que cuenta con una fuerte presencia de sociedad civil organizada en torno a la temática, ya sea por estar directa o indirectamente relacionada con el VIH/SIDA. Esta sociedad civil reúne a personas viviendo con VIH, a hombres que tienen sexo con hombres, a personas transgénero, trabajadoras sexuales, organizaciones de la diversidad sexual, entre otras. Estas organizaciones han jugado un rol fundamental en la prevención del VIH/SIDA ya que alcanzan a personas que se encuentran alejadas del sistema de salud. También es necesario destacar que muchos de los logros de la política pública de VIH en Chile se obtuvieron por un trabajo en conjunto de los gobiernos y la sociedad civil. La primera señal de un trabajo organizado para enfrentar el VIH en Chile, antes que el propio Estado, nace desde la sociedad civil en 1987 con la creación de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA.

La sociedad civil organizada en función del VIH/SIDA se congregan fundamentalmente en torno a dos redes con trabajo en VIH/SIDA: la Asamblea de Organizaciones Sociales y ONGs con trabajo en VIH/SIDA conocida como, ASOSIDA, donde se establecen relaciones de colaboración y apoyo y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA, VIVO POSITIVO cuyo objetivo es Ampliar y fortalecer una respuesta integral a los desafíos de la epidemia para mejorar la calidad de vida de las personas viviendo y afectadas con VIH/SIDA.

El Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS

Es un departamento perteneciente a la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud el cual es el encargado de desarrollar la Política Pública de Promoción de la Salud Sexual, Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA e ITS.

Instituto de Salud Pública

El Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) es un servicio público, que posee autonomía de gestión y está dotado de personalidad jurídica y de patrimonio propio. Dependiendo del Ministerio de Salud para la aprobación de sus políticas, normas y planes generales de actividades, así como en la supervisión de su ejecución. Este organismo juega un papel preponderante en la política pública de VIH/SIDA ya que es el encargado de la confirmación de los resultados de los exámenes de VIH que se realizan en el territorio nacional en establecimientos públicos, centros de sangre, laboratorios o establecimientos privados de salud. En el caso de ser un resultado reactivo a nivel local, el laboratorio debe enviar la muestra al Instituto de Salud Pública. Si la muestra resulta positiva al VIH, el ISP remite el resultado al establecimiento que derivó la muestra. Este último deberá solicitar al establecimiento que tomó la muestra inicial, en caso de ser otro establecimiento, la toma de una nueva muestra de sangre para la realización de la prueba de identidad (PI) (MINSAL, 2010).

Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS)

Las Seremis de Salud se encuentran en cada región del país y son las representantes del Ministerio de Salud a nivel regional. Entre sus funciones principales referente al VIH/SIDA se destacan:

- La medición de indicadores de impacto regional de las medidas y normas indicadas y dictadas por el Ministerio de Salud, como la tasa de transmisión vertical del VIH, etapa de la infección del VIH en que son diagnosticados quienes viven con VIH/SIDA en la región, monitoreo del Proceso de comunicación de resultados al usuario, entre otros.
- Fiscalización del cumplimiento de reglamentos y normativas relativas al proceso de atención clínica, en general, y del VIH, en particular, en establecimientos de salud privados: laboratorios, clínicas y prestadores individuales.
- Coordinar la implementación de la Respuesta Regional Integrada del VIH/SIDA

Servicios de Salud

Los servicios de salud son entidades públicas, funcionalmente descentralizadas, dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio dependientes de la subsecretaría de redes asistenciales del Ministerio de Salud. Abarcan la población de una zona geográfica específica dentro de cada región del país y de ellos dependen los distintos establecimientos públicos de salud. En materia de VIH/SIDA les corresponde velar y garantizar la continuidad del proceso de atención clínica en la red de las personas que viven con VIH. Así también deben coordinarse con los otros Servicios de Salud en aquellos casos en que la persona que se realizó el examen resida en el área geográfica de un Servicio de Salud diferente, a fin de facilitar el contacto.

Organismos internacionales

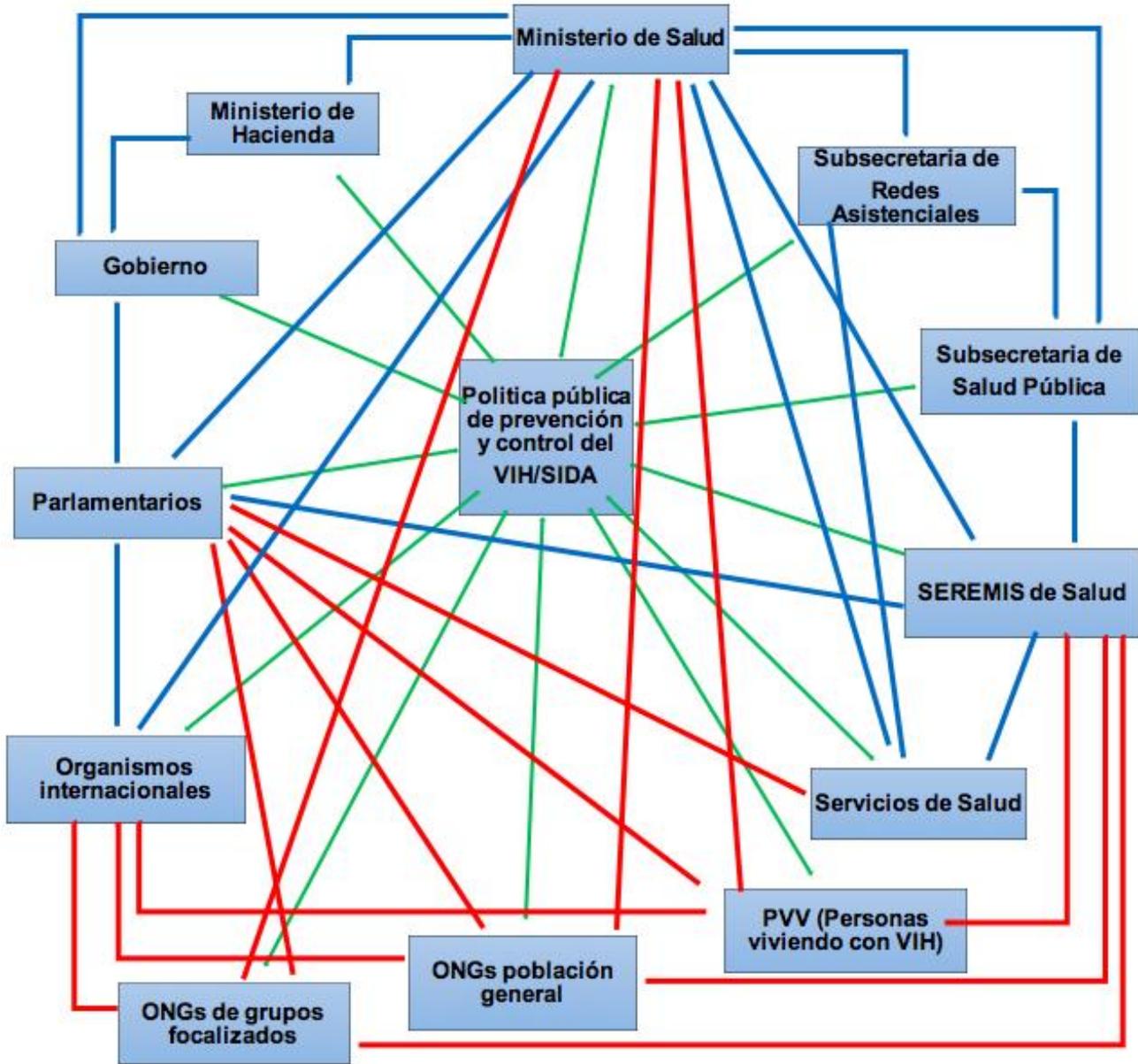
Las agencias de Naciones Unidas en Salud han definido un conjunto de recomendaciones e intervenciones para la prevención, atención, control y tratamiento del VIH/SIDA en el sector salud, las cuales deben ser analizadas, adaptadas y desarrolladas de acuerdo a las características de la epidemia en cada país. Chile al ser país miembro de Naciones Unidas se adscribe a los distintos compromisos internacionales respecto de la prevención, control y erradicación del VIH en el mundo.

El Fondo Mundial para la lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria jugó un rol fundamental en el desarrollo de la política pública chilena de prevención y control del VIH/SIDA. Con el aporte recibido de éste fondo se logró entregar tratamiento antirretroviral a las personas viviendo con VIH, antes de que éste fuera garantía por ley en el país. También se logró un trabajo en conjunto del Estado y las organizaciones sociales para el combate del VIH/SIDA en el país.

Para el análisis de la política pública de VIH/SIDA es necesario tomar en cuenta las relaciones entre stakeholders y entender los rebotes que estas pueden tener en otros actores (Waisbluth, 2008) y en la política misma.

La siguiente figura muestra como se manifiestan las relaciones en la política, donde las líneas azules señalan las relaciones entre los organismos estatales, actores políticos y organismos internacionales, por otro las líneas color naranja señalan las relaciones de los actores comunitarios con los organismos estatales, parlamentario y organismos internacionales, finalmente las líneas verdes señalan que todos los actores influyen en la política de Prevención y control del VIH/SIDA.

Ilustración 3: Relaciones entre Stakeholders



— Relaciones entre los organismos estatales, parlamentarios y organismos internacionales
— Relaciones de los actores comunitarios con: organismos estatales, parlamentario y organismos internacionales
— Relaciones de todos los actores con la política pública de prevención y control del VIH/SIDA

Para lograr un mayor acercamiento al problema se identificaron claramente los actores, los eventos y situaciones en los que interactúan dichos actores, las variaciones de tiempo y lugar.

El muestreo utilizado para la selección de los actores es de casos políticamente importantes, que según Quintana “se relaciona con la identificación en procesos sociales, objeto de investigación de los actores principales, es decir, los que intervienen directa o indirectamente, pero de modo significativo en la toma de decisiones involucradas en dichos procesos sociales” (2006, pág. 59)

Para recopilar información de los actores claves la técnica utilizada fue una entrevista semiestructurada que permitió recoger la perspectiva de los actores, visiones del fenómeno y profundizar en las experiencias particulares de cada uno de ellos, dado el rol específico que han jugado en la toma de decisiones de la política pública estudiada.

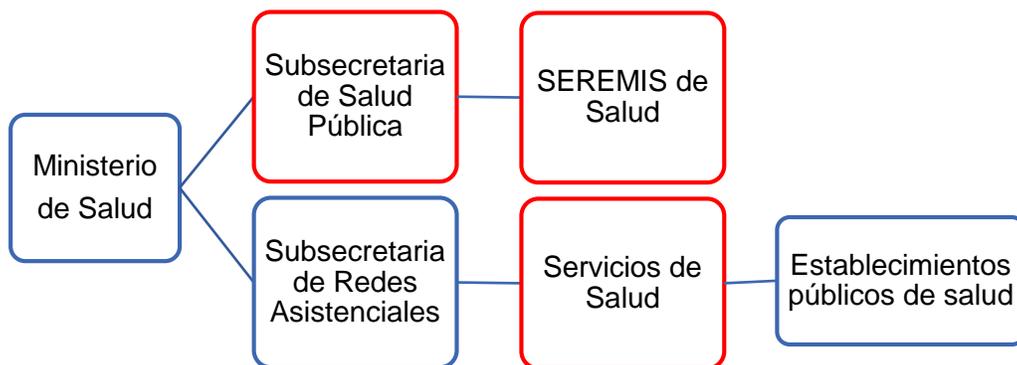
Si bien, como ya se mencionaba, existe una diversidad de actores relevantes que inciden en ésta política pública, para efectos de ésta investigación los actores fueron escogidos de dos grandes grupos: Organismo Estatal y sociedad civil Organizada. Los entrevistados se seleccionaron dada la experiencia en la temática y su involucramiento en la política pública. Para asegurar una adecuada representación en la muestra seleccionada, los actores fueron agrupados y definidos de la siguiente manera:

Organismo Estatal: Ministerio de Salud:

Ministerio de Estado que le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional. Este Ministerio se divide en dos subsecretarías: Salud Pública y Redes Asistenciales. De la primera dependen las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) y de la Segunda los Servicios de Salud. De los servicios de salud dependen los establecimientos públicos de salud.

La siguiente figura es un organigrama simplificado que da cuenta del lugar que ocupan dentro del organismo estatal, los actores seleccionados para la aplicación de las entrevistas

Ilustración 4: Actores Seleccionados Organismo Estatal



▪ **Actores entrevistados Organismos estatal**

Funcionarios y funcionarias del Ministerio de Salud que han estado involucrados directamente en el diseño de las orientaciones y/o herramientas que ha considerado la política de Prevención y control del VIH/SIDA. Estos funcionarios pertenecen la Subsecretaría de Salud Pública y ocupan cargos directivos.

Funcionarios y funcionarias ministeriales involucrados en la implementación de alguna de las diferentes herramientas y/o funciones generadas en la Política Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA. Estos funcionarios fueron escogidos desde:

- Las SEREMIS de Salud, quienes tienen la responsabilidad de implementar y velar por el cumplimiento de la política Pública en la Región,
- Los Servicios de Salud quienes son los encargados de llevar la política pública directamente a los usuarios mediante la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente.
- Los establecimientos públicos de salud, quienes tienen la tarea de llevar la atención en salud directamente al usuario.

Estos funcionarios ocupan cargos en los niveles técnicos de intervención.

Tabla 5: Actores Entrevistados Organismo Estatal

Funcionarios Ministeriales	N° de entrevistados
Subsecretaría de Salud Pública	1
SEREMIS de Salud	2
Servicios de Salud	1
Establecimientos de Salud	1
Total	5

Sociedad Civil Organizada

La sociedad civil organizada tiene gran relevancia en la Política Pública estudiada y está fuertemente involucrada directa e indirectamente en la toma de decisiones. Muchos actores de la sociedad civil organizada no solo fueron propulsores de grandes hitos en la política pública desde sus inicios, sino también de la normativa nacional respecto del VIH/SIDA, por tanto, considerar la perspectiva y experiencia de cada uno de ellos es de vital importancia en el análisis.

▪ **Actores Comunitarios Entrevistados**

Los actores seleccionados son dirigentes sociales que han tenido participación en las distintas estrategias de diseño e implementación de la política Pública de prevención y el control del VIH/SIDA, en grupos específicos y en la población general. Los dirigentes entrevistados son representantes de las siguientes organizaciones y que para efectos de este estudio se definen como:

Organización 1 Corporación Chilena de Prevención del SIDA: Organización social que entre su quehacer realiza acciones con el fin de prevenir el VIH, especialmente en hombres gay y en hombres que tienen sexo con hombres, así también apoya y acompaña a personas que viven con VIH.

Organización 2 Sindicato Nacional Independiente de Trabajadoras Sexuales Travestis, Transgéneras y Otras, Amanda Jofré: Organización social que reúne a personas transgénero y que realiza acciones con el fin de prevenir el VIH/SIDA en esa población específica.

Organización 3 CONVIHDA: Organización social que reúne a personas que viven con VIH y realiza distintas acciones para la prevención y el control del VIH/SIDA. pertenece a la red VivoPositivo.

Organización 4 Fundación Margen: Organización social que entre su quehacer realiza distintas acciones para la prevención y el control del VIH/SIDA en mujeres que ejercen el trabajo sexual.

Organización 5 Pastoral Ecuménica: organización religiosa de corte ecuménico que realiza acciones para la prevención del VIH en la población general y especialmente en grupos de sectores vulnerables. También realiza acciones de acompañamiento s a personas que viven con VIH/SIDA.

Organización 6 Fundación Savia: organización social que realiza acciones de cooperación hacia personas viviendo con VIH y de prevención del VIH en la población general.

Tabla 6: Actores Comunitarios Entrevistados

Actores comunitarios	N° de entrevistados
Organización 1	1
Organización 2	1
Organización 3	1
Organización 4	1
Organización 5	1

Organización 6	1
Total	6

Tabla 7: Resumen de Muestra de actores seleccionada para entrevista

Tipo de actores	N° de Entrevistados
Actores Organismo Estatal	5
Actores comunitarios	6
Total	11

El listado con el detalle de la totalidad de los entrevistados, así como las pautas elaboradas para realizar las entrevistas, se encuentran disponibles en los anexos de la presente tesis.

2.2.3. Definición y Operacionalización de las Variables

En el análisis de la literatura se fueron depurando conceptualmente las categorías que fueron surgiendo al realizar el análisis de la información generada y recogida en el transcurso del proceso de investigación.

Aplicando el análisis de marcos fue posible trazar un mapa de los distintos discursos sobre el problema. Para lo cual la primera tarea fue identificar las dos dimensiones claves de un marco de política; marcos de diagnósticos y marcos de pronósticos. El paso siguiente fue identificar en cada dimensión los marcos dominantes, los marcos débiles y los ausentes. Adicionalmente para completar el análisis se agregaron elementos como el contexto, la voz, el balance y finalmente la coherencia.

Tabla 8: Cuadro de Análisis *Policy frame*

Coherencia		
Marcos de diagnostico	Marcos de Pronostico	
Marcos dominantes	Marcos Débiles	Marcos ausentes
Coherencia		
Contexto	Balance	Voz

Elaboración propia a partir de los objetivos de la presente tesis con base a los textos de Lombardo, 2005, Bustelo & Lombardo 2005 y 2007, López 2007 y 2011, Verloo & Lombardo, 2007.

Para facilitar el análisis del trabajo de campo se procedió a desarrollar un sistema de clasificación el cual se compone de categorías descriptivas que provienen desde un primer contacto con los datos recolectados, de esta manera englobar, de una forma

lógica y coherente, la información recogida para facilitar el proceso de presentación de los resultados reduciendo el número de unidades de análisis.

A continuación, se presenta una tabla con la operacionalización de las variables extraídas de los objetivos del estudio:

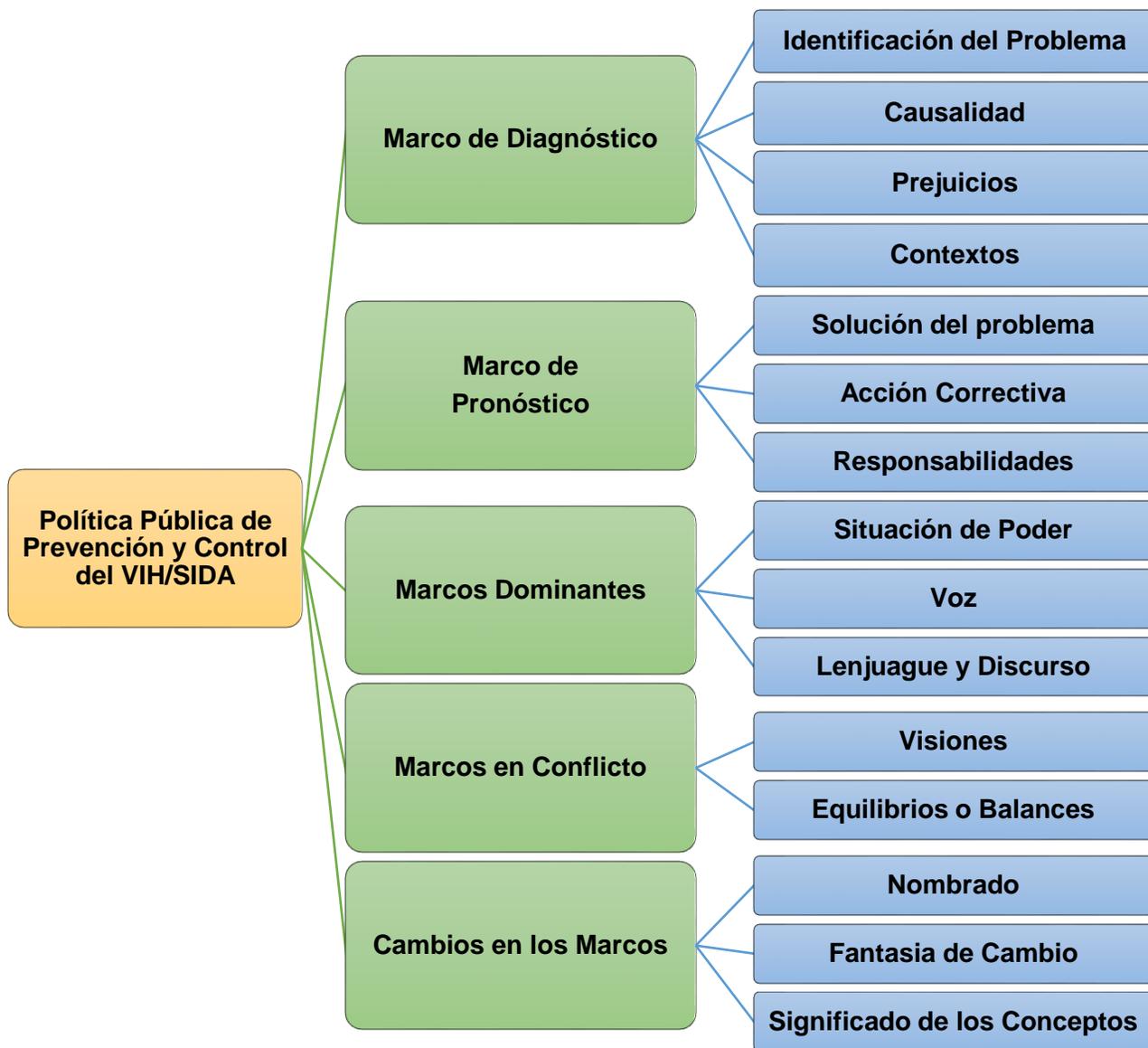
Tabla 9: Operacionalización de los Objetivos de Estudio

Objetivo general	Objetivo Específico	Categorías	Sub categorías
Analizar los marcos interpretativos en la política pública de Prevención y control del VIH/SIDA en Chile a partir del discurso de los actores socio-políticos.	Analizar los marcos interpretativos de diagnóstico y pronóstico en la política de prevención y control del VIH/SIDA en Chile	Marcos de Diagnostico	Identificación del problema Causalidad Prejuicios Contexto
		Marcos de Pronostico	Solución del problema Acción Correctiva Responsabilidades
	Analizar los marcos interpretativos dominantes y en conflicto a partir de los actores socio-políticos en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile	Marcos Dominantes	Situación de poder Voz Lenguaje y discurso
		Marcos en Conflicto	Visiones Equilibrios o balance
	Identificar la existencia de cambios en los marcos en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA Chile	Cambios en los marcos	Nombrado Fantasía de cambio Significado de los Conceptos

Elaboración propia a partir de los objetivos de la presente tesis con base a los textos de Lombardo, 2005, Bustelo & Lombardo 2005 y 2007, Lopéz 2007 y 2011, Verloo & Lombardo, 2007.

En el proceso de operacionalización de las variables se identificaron dos grupos de elementos descriptivos para de análisis; categorías y subcategorías las cuales se ordenaron de la siguiente manera:

Ilustración 5: Categorías y Subcategorías de Análisis



Elaboración propia a partir de los objetivos de la presente tesis con base a los textos de Lombardo, 2005, Bustelo & Lombardo 2005 y 2007, Lopéz 2007 y 2011, Verloo & Lombardo, 2007.

Como se muestra en la figura cada categoría se divide en subcategorías las que para efectos de esta investigación se definen de la siguiente manera:

1. Marcos de Diagnóstico: hace referencia a la imagen o representaciones explícitas como implícitas que tienen los distintos actores o grupos respecto de la situación que es considerada problemática y necesita ser corregida.

1.1. Identificación del problema: hace referencia a la respuesta a la pregunta ¿Cuál es el problema? ordena las distintas interpretaciones de situaciones que son consideradas problemáticas y busca los elementos que pudieron originarlas.

1.2. Causalidad: Hace referencia a las causas y efectos del problema, asimismo como a la atribución de culpas e identificación de los roles

1.3. Prejuicios: Refiere al sesgo en la construcción del problema público que hace poner atención hacia ciertos aspectos de la realidad social, mientras que al mismo tiempo hace descuidar otros.

1.4. Contexto: Refiere a las circunstancias sociales, políticas y culturales que influyeron en las distintas representaciones del problema.

2. Marcos de Pronostico: se entienden como los marcos interpretativos en los que se manifiesta la manera en que debe ser tratado el problema y cuál es la ruta a seguir para lograr la solución del problema Público.

2.1. Solución del problema: Hace referencia a las ideas propuestas para corregir el problema

2.2. Acción Correctiva: Especifica qué es lo que se debe hacer y cómo se debe hacer. Fundamenta las razones para implicarse en la acción correctiva

2.3. Responsabilidades: Es la identificación de quiénes tienen el problema y quiénes serán los encargados de llevar a cabo la acción correctiva

3. Marcos Dominantes: Se definen como la estructura discursiva predominante en una situación dada

3.1. Situación de poder: Hace referencia a que no todos los individuos o grupos se encuentran en la misma situación de poder por tanto los discursos tienen un valor ponderado según quién los emita y en el momento en que lo haga. Asimismo, identifica los procesos de exclusión.

3.2. Voz: Hace referencia a quienes tienen o deben tener la voz dominante en el debate político que puede venir de actores específicos, instituciones, organismos internacionales, administraciones públicas, gobiernos o Sociedad Civil

3.3. Lenguaje y discurso: Se entiende como una práctica de representación considerada un arma estratégica ya que puede usarse con una determinada intencionalidad para perseguir determinados fines, crear y manipular situaciones o provocar representaciones en disputa en un mismo acontecimiento.

Los discursos son medios efectivos de construcción social y política que dan cuenta de la construcción, reconstrucción y negociación de la realidad por parte de los actores. Todo discurso tiene un valor ponderado mucho más allá de su contenido, valor que depende de quién emite el discurso. En los discursos se pueden identificar los procesos de exclusión, es decir quiénes no tienen voz en la interpretación de dicho problema.

4. Marcos en Conflicto: Se refiere a la identificación de marcos que compiten entre sí que se definen como la expresión de puntos de vista opuestos, ya sea en la representación del problema como en la solución y sientan las bases de la controversia política.

4.1. Visiones: En la construcción del problema público existen tantas visiones como actores estén en juego, dado que cada actor o grupo ostenta su particular visión de los problemas públicos, puede ser que entren en competencia con visiones distintas.

4.2. Equilibrios o Balances: Hace referencia al balance o equilibrio entre diagnóstico y pronóstico e identifica dónde está puesto el énfasis o la ausencia de alguno de ellos. Determinar la correspondencia del diagnóstico con el pronóstico es trascendental para la comprensión de las representaciones del problema público y de la coherencia en la política pública.

5. Cambios en los Marcos: Refiere a que los marcos no tienen un carácter estático y puede haber cambios en ellos eventualmente ocasionados por el dinamismo que acompaña la propia evolución del sujeto y del contexto. Los cambios en los marcos se producen porque los problemas públicos tienen una peculiar vida, constantemente en movimiento, que rara vez encuentra término.

5.1. Nombrado: hace referencia a que un cambio de marco generalmente es acompañado de un cambio en la manera de nombrar el problema.

5.2. Fantasía de cambio: Se define a los cambios en la terminología ocupada que sugiere que el problema se define bajo postulados distintos, sin embargo, analizando en profundidad se puede revelar que el marco de interpretación no ha sido alterado.

5.3. Significado de los Conceptos: Se entiende como la evolución en la representación de un problema público que, aunque no se produzcan alteraciones en la manera de nombrarlo puede haber cambios profundos en el marco debido a la ampliación de significado de los conceptos.

2.2.4. Técnica para el Análisis de la Información

Como técnica de análisis de la información recogida, se utilizó el análisis de contenido, el cual se realizó en los discursos expuestos en las entrevistas realizadas a los actores claves. Una vez realizado el trabajo de campo, se procedió a sistematizar toda la información obtenida en los discursos y se ordenó de acuerdo a las categorías y subcategorías de análisis, conforme a las cuales se muestran los hallazgos en el proceso de recolección de información. Dada la característica descriptiva del estudio, no existen hipótesis sobre el objeto de estudio ya que lo que pretende es hacer una descripción de cómo es y cómo se manifiesta la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile.

Para el análisis de contenido se definieron tres aspectos claves, los que se determinaron de acuerdo a lo señalado por Abela (2001):

- **El objeto de análisis:** El cual se determinó de acuerdo a la relevancia de la temática, la bibliografía disponible, los conocimientos previos del tema, el marco

conceptual en el que se puede encuadrar y cuáles son las unidades de análisis que se utilizaron.

- **Determinar un sistema de categorías:** Se determinaron categorías y subcategorías de análisis con el objetivo de clasificar los elementos y agrupar aquellos que tienen aspectos comunes.
- **Comprobar la fiabilidad del sistema de categorización:** en el proceso de recolección de la información se comprobó la permanencia constante de las categorías en el proceso analítico de la información recogida.

CAPITULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizaron 11 entrevistas semiestructuras a distintos actores claves en la política Pública de prevención y control del VIH/SIDA, las cuales se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido cualitativo. En esta política pública el problema central es el VIH/SIDA donde el objetivo principal es la prevención del problema. No obstante, cómo se entiende la política sobre VIH/SIDA y cómo se avanza hacia una solución, variará en torno a las distintas posturas argumentativas de los entrevistados.

Con el análisis *Policy Frames* se construyeron los marcos interpretativos presentes en las representaciones del problema y en las ideas de soluciones, a partir de los discursos de actores en distintos niveles de intervención en la política, formulación e implementación, y actores de la sociedad civil involucrados, directa e indirectamente, en la toma de decisiones de la política pública. Este análisis fue guiado por las categorías y subcategorías desarrolladas a partir de la operacionalización de los objetivos de la presente investigación.

Se identificaron tres marcos interpretativos en la política pública de VIH/SIDA, el principal o dominante, nombrado como “Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”, donde la política pública centra sus mayores esfuerzos y en el cual se presentan los avances demostrables en materia de VIH/SIDA. Un marco secundario o complementario llamado “Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas” cuyos elementos representan los principales objetivos de la política pública, pero que en ellos no están puesto los énfasis y un tercer marco alternativo denominado “Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”, el cual plantea un equilibrio entre la prevención y el control del VIH/SIDA la política.

El análisis de los marcos construidos se presenta por medio de una descripción general de las relaciones analizadas, las cuales se acompañan de cuadros sintéticos y un análisis en detalle para cada elemento en los marcos.

3.1. Marco Interpretativo 1: “Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”

Este marco interpretativo centra la mirada en las acciones curativas respecto del VIH/SIDA, que es donde la política pública en general ha puesto los mayores esfuerzos, los que se centran en las acciones desde el punto de vista sanitario para enfrentar los efectos de que las personas ya hayan adquirido el VIH.

Los mayores avances demostrables, en materia de VIH, responden a este marco interpretativo lo que se debe principalmente al conocimiento de los profesionales de la salud expertos en VIH/SIDA y a los avances científicos en esta materia, especialmente lo referente a temáticas farmacológicas. Avances demostrables, como la disminución de la mortalidad por enfermedades asociadas al SIDA y disminución de la transmisión vertical

Este marco se configura principalmente desde las voces de los profesionales de la salud que tienen el conocimiento sobre las medidas biomédicas respecto del tratamiento del VIH/SIDA. No obstante, a partir de sus demandas, los afectados también han logrado ser partícipes en la configuración de este marco curativo, como, por ejemplo, en la universalidad en el acceso a los tratamientos, que finalmente ha redundado en que se cuenten con buenos resultados en materia de VIH/SIDA.

3.1.1. Marco de Diagnóstico “Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”

A continuación, se describen en detalle las representaciones explícitas e implícitas de situaciones consideradas problemáticas relativas a este marco por parte de los entrevistados.

1. Muertes por enfermedades relacionadas al SIDA

A pesar de la efectividad y el acceso universal a los tratamientos para el VIH/SIDA en Chile, sigue habiendo muertes por enfermedades asociadas al Sida.

“Nosotros aún seguimos teniendo muchas muertes, no hemos logrado igualar la curva de disminución de las muertes que lograron los países más desarrollados porque siguen llegando muchos pacientes con retraso en los diagnósticos” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“Nosotras somos las que nos estamos muriendo a los treinta cinco, cuarenta años de vida eso es un informe real que ha hecho la red latinoamericana y el caribe de personas trans” (Presidenta Sindicato Nacional Independiente de Trabajadoras Sexuales Travestis, Transgéneras y Otras Amanda Jofré)

Que siga habiendo muertes por enfermedades asociadas al SIDA, da cuenta de que el VIH/SIDA aún no ha sido controlado lo que obedece a distintas causas las que se muestran en la siguiente tabla

Tabla 10: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:

Representación del Problema	Dimensión simbólica
Muertes por enfermedades relacionadas al SIDA	El VIH/SIDA no se ha logrado controlar, a pesar de los avances en materia de medicación.
Atribución de causalidad	
Diagnóstico tardío	Algunas personas están siendo diagnosticadas con VIH cuando ya están presentando síntomas de enfermedades asociadas al SIDA
Adherencia a los tratamientos	Uno de los principales requisitos para la efectividad de los fármacos es la adherencia a los

	tratamientos y si ésta falla comienzan a manifestarse las enfermedades asociadas al SIDA
--	--

Causalidad 1: Diagnostico en etapas avanzadas de la infección

Por distintas razones las personas no acuden hacerse el examen para la detección del VIH y muchas reciben el diagnostico de que tienen el virus cuando ya están manifestando síntomas de enfermedades asociadas al SIDA. Este porcentaje aún representa a gran parte de la población, el cual nunca se ha hecho un examen para detectar el VIH.

“pacientes que nunca se han hecho el VIH y llegan en etapa SIDA que en estos momentos son casi un 40 % de los que nos llegan” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Causalidad 2: Adherencia a los tratamientos

Uno de los principales requisitos para la efectividad de los fármacos es la adherencia a los tratamientos y si ésta falla comienzan a manifestarse las enfermedades asociadas al SIDA.

La adherencia falla en muchos pacientes, sin embargo, no se hacen acciones de promoción para fomentarla.

“si bien es cierto hoy en día las personas con una adecuada medicamentacion pueden, sobrevivir, tampoco es una garantía hacia las personas si no son educadas, y si tampoco las personas se le fomente, se le educa sobre la adherencia a los tratamientos” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

“una campaña para la adherencia, por ejemplo, alguien que diga oye, es que yo estoy de vacaciones aquí en Puerto Saavedra y bueno, menos mal que no se me quedaron los medicamentos, y el otro diga porque tomas medicamentos, porque tengo VIH, entonces tengo que tomármelos para estar en buen estado de salud” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

2. Acceso a las prestaciones de salud

Uno de los principales problemas encontrados en este marco son las dificultades para el acceso a las distintas prestaciones de salud relativas al tratamiento del VIH/SIDA como: el examen, la medicación y el control del embarazo para prevenir la transmisión vertical.

“Entonces si existen mitos y rechazo también en los equipos de salud, fundamentalmente porque no se han visto expuestos” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Tabla 11: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:

Representación del Problema	Dimensión simbólica
Acceso a las prestaciones de salud	Dificultades en el acceso a las distintas prestaciones de salud, por desconocimiento de las garantías en salud o por casos de discriminación en los centros de salud
Atribución de causalidad	
Acceso al examen	Por los distintos obstáculos para realizarse el examen en los establecimientos públicos en salud, las personas acuden a los centros privados o simplemente no se lo realizan.
No todos los afectados acceden a los tratamientos	Quienes necesitan de los tratamientos no están llegando a hacer uso de ellos.
Acceso al control del embarazo	Hay casos de mujeres embarazadas que están llegando tarde al control respectivo, aumentando el riesgo de transmisión vertical.

Causalidad 1: Acceso al examen de VIH

La puerta de entrada para acceder a los tratamientos para el control del VIH/SIDA es la toma del examen, sin embargo, existen muchas trabas para que una persona logre tomarse un examen en un establecimiento público de salud, lo que obedece principalmente a procesos burocráticos y a que los procesos son largos para obtener el resultado de los exámenes. Muchos de los usuarios prefieren realizarse el examen en laboratorios privados u otros optan simplemente por no hacerlo.

“si un adulto sano hombre que trabaja en un horario común del mismo horario que el consultorio funciona y quiere hacerse un examen es muy difícil yo creo que es la responsabilidad es mucho más amplia que sólo de la persona porque no es fácil hacerse un examen” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“no es fácil hacerse un examen de VIH pero una persona que se lo puede hacer en un consultorio, si es menor de edad tiene que ir acompañado por sus padres, si es un adulto joven que no pertenece a ninguno de los programas de salud de la atención primaria, tiene que pedir hora a morbilidad primero y como es adulto joven no le dan prioridad y no la tendrá nunca; o sea si un adulto sano hombre que trabaja en un horario común del mismo horario que el consultorio funciona y quiere hacerse un examen es muy difícil” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Las organizaciones sociales han tratado de suplir esta necesidad incorporando la toma de muestra en sus acciones

“no es fácil hacerse un examen eso lo ha suplido hasta cierto punto cierta ONG que lo hace, pero no es yo creo que primero tendría que partir el Estado haciéndolo” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Causalidad 2: acceso a tratamiento

La oferta principal de este marco es la medicación gratuita, avalada por los buenos resultados en el tratamiento del VIH/SIDA. Sin embargo, una de las grandes dificultades a las que se enfrenta la lógica curativa es que, por distintas razones, ya sea por desconocimiento de las garantías en salud o distintos temores de los usuarios, quienes necesitan de los tratamientos no están llegando a hacer uso de ellos.

“habiendo buenas medidas biomédicas nos falta que la población probablemente más afectada todavía tenga este temor de acercarse a salud, por el contrario, se aleja de salud no accede a los servicios que están disponibles por tanto hay falta de diagnóstico hay falta de tratamiento de esas personas teniendo disponibles todo ese servicio” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Causalidad 3: acceso a control del embarazo

Las garantías en materia de VIH se extienden al control del embarazo, sin embargo, hay casos de mujeres embarazadas que están llegando tarde al control respectivo. Es el caso de mujeres extranjeras embarazadas, que desconocen los derechos que tienen a la atención, incluso aunque estén indocumentadas y están llegando tarde a sus controles de embarazo lo que aumenta el riesgo de transmisión vertical.

“estamos recibiendo por lo menos este servicio de salud que es el que tiene más cantidad de migrantes en el país muchas mujeres extranjeras embarazadas con VIH y muchas de ellas han llegado tarde al control del embarazo porque algunas no saben sus derechos y no saben que tienen derecho a atención, aunque no tengan papeles y tienen como miedo de acercarse, sigue habiendo un gran problema de acceso” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

3. Comportamiento de los equipos médicos frente al VIH/SIDA

No todos los equipos médicos tienen una misma actitud frente al VIH/SIDA, aún existen casos de profesionales de la salud que no quieren intervenir quirúrgicamente a los pacientes con VIH, tienen aprensiones de atenderlos en consultas de urgencia y no cumplen con la ley respecto a la privacidad y la no discriminación por VIH/SIDA.

Tabla 12: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:

Representación del Problema	del	Dimensión simbólica
Comportamiento de los equipos médicos		Algunos equipos médicos tienen temor de atender a pacientes con VIH/SIDA
Atribución de causalidad		
No se quiere intervenir quirúrgicamente a personas que viven con VIH		Existen personas de los equipos médicos que no quieren atender clínicamente a personas viviendo con VIH
Uso de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales.		Las precauciones universales no son utilizadas por los equipos de salud en la mayoría de los procedimientos médicos, lo que acentúa aún más los temores de atender a una persona que vive con VIH/SIDA
Incumplimiento de la ley del SIDA		No se resguarda la privacidad respecto de lo que rodea al examen de VIH y a la condición de persona viviendo con VIH

Causalidad 1: No se quiere intervenir quirúrgicamente a personas con VIH/SIDA

Existen personas de los equipos médicos que no quieren atender clínicamente a personas que viven con VIH/SIDA

“también sigue existiendo gente que intenta no tratar personas con VIH, no intervenirlos quirúrgicamente eso no ha cambiado, aquí en el hospital, en todos los hospitales” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Causalidad 2: Uso de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales.

Las precauciones universales son un conjunto de medidas destinadas a minimizar el riesgo de transmisión de infecciones entre el personal y pacientes o viceversa por patógenos que se transmiten por contacto de sangre y fluidos de alto riesgo. Estas medidas deben utilizarse en procedimientos de atención clínica, sin embargo, algunos de los profesionales de la salud no las utilizan en los distintos procedimientos, por lo cual existe el temor de la atención clínica de pacientes que viven con VIH

“yo creo que por un tema de ignorancia sí y porque además hay mucha gente que no usa las precauciones universales para hacer procedimientos cosa que tú te des vuelta por la sala y ver cuanta gente en general usa guantes para extraer sangre, se ponen gafas, etc.” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

No obstante personas de los equipos de salud lograron entender que las medidas universales en los procedimientos de atención en salud hacia personas que viven con VIH son suficientes para disminuir riesgo. Esta ampliación en los significados de los conceptos se logró principalmente por las acciones de las personas afectadas y por el trabajo de la sociedad civil sobre el trato hacia las personas que viven con VIH

“a fines de los noventa hicimos muchos talleres para bajar la discriminación por VIH para que no se pusieran cinco guantes cuando iban a tomar sangre, porque la cabra estaba todo el rato tratando de ponerse los guantes.” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

Causalidad 3: Incumplimiento de la ley del SIDA

La ley del SIDA garantiza el resguardo de la confidencialidad que debe rodear al examen para detectar el VIH y las medidas para evitar la discriminación contra las personas que viven con VIH, pero esta ley no se está cumpliendo por parte de algunos equipos médicos.

“aún sigue habiendo cierta discriminación, aún sigue habiendo gente que desconoce las leyes y pone un letrero hacia al frente de la cama que dice VIH positivo” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

"la semana pasada estaba una persona esperando para hacerse el test solo van a hacerse el test, él fue para que le hicieran el test y sale la Sra. y a boca de jarro lo llama por el nombre y dice a ver y no conteste ¿dónde está ese? el del SIDA?" (Representante Pastoral Ecueménica de Acompañamiento a personas Que Viven Con VIH/SIDA)

4. Sensibilización con los temas del VIH en equipos médicos

Para muchos equipos médicos no es común hablar de temas relacionados al VIH/SIDA por lo que cuando se ven enfrentados a la atención clínica de pacientes con VIH/SIDA, ocurren situaciones como las mencionadas anteriormente. Esto ocurre principalmente porque existe una concentración del conocimiento en los profesionales expertos en la materia y en los niveles secundarios de la atención de salud, donde las personas que viven con VIH/SIDA son tratados.

Tabla 13: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:

Representación del Problema	Dimensión simbólica
Sensibilización con los temas del VIH en los equipos médicos	Para muchos equipos médicos no es común hablar de temas relacionados al VIH/SIDA
Atribución de causalidad	
Concentración de los conocimientos sobre VIH/SIDA	El conocimiento está concentrado en los profesionales expertos en materia de VIH y en los equipos de salud en los niveles secundarios de la

	atención, que es donde las personas que viven con VIH son tratadas.
Desconocimiento sobre VIH/SIDA en los profesionales de la salud	En las diferentes carreras del área de la salud profesionales o técnicas reciben muy poca información sobre VIH.
Incomodidad al hablar de sexo	Algunos profesionales se sienten incómodos con las temáticas de VIH/SIDA ya que se sienten incómodos al hablar de sexo

Causalidad 1: Concentración de los conocimientos sobre VIH/SIDA

El conocimiento sobre VIH/SIDA está concentrado en los profesionales expertos en materia, como médicos infectólogos e inmunólogos que atienden directamente a las personas que viven con VIH. También en los equipos médicos, profesionales y técnicos de los niveles secundarios de atención en salud, que es donde los pacientes con VIH/SIDA son tratados. Pero este conocimiento no ha sido traspasado a otros equipos médicos que no se enfrentan con el problema del VIH en forma diaria por lo que existe mucho desconocimiento en materia de VIH, muchos mitos referentes a su transmisión y por ende situaciones de discriminación hacia los pacientes.

“los equipos de atención primaria no atienden personas con VIH, la atención del VIH está radicada en el nivel secundario de atención, los equipos de atención primaria tienen todavía este lenguaje, incluso mitos, tienen estos temores, porque no se han vistos expuestos, a diferencia de nuestros equipos que están en todo el país en el nivel secundario que ya llevan años en la atención directa de las personas con VIH” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“todavía hay casos de discriminación y de atención inadecuada a personas que viven con VIH, me contaba hace días una persona con VIH que fue brutalmente discriminada en una atención de urgencia, entonces me sorprendí que estos días aun te estén discriminando una profesional de la salud” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 2)

Causalidad 2: Desconocimiento sobre VIH/SIDA en los profesionales de la salud

En la formación académica de profesionales y técnicos de la salud, la información entregada referente al VIH y al SIDA es poca y muy concentrada, por lo que estos profesionales llegan a la vida laboral con muy poco conocimiento sobre VIH/SIDA lo que redundaría en el temor de atender a pacientes con VIH, la existencia de mitos sobre la transmisión y discriminación hacia las personas que viven con VIH.

“además que hay en las diferentes carreras de la salud ya sea profesionales o técnicas la información que se da sobre VIH es muy poca y muy concentrada, son cursos que son muy concentrados en una época de la carrera, pero después no sigue habiendo reforzamiento sobre el tema y toda la connotación que tiene

el VIH a cerca de género, orientación sexual y todo eso menos, a nadie casi le hacen clases de eso” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Causalidad 3: Incomodidad al hablar de sexo

Al hablar de VIH es necesario hablar de sexualidad o de la vida sexual de las personas, pero existen profesionales que les incomoda hablar de sexualidad con los pacientes.

“por supuesto que a muchos profesionales de la salud que no han desarrollado, como se habla ahora competencias blandas, de que sean más que médicas, psicosociales, les molesta hablar de la vida sexual entonces no lo querían hacer” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

5. Coordinación entre organismos involucrados

Tabla 14: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:

Representación del Problema	Dimensión simbólica
Coordinación entre organismos involucrados	No existe un trabajo coordinado: entre las subsecretarías y no se incluyen a los actores que implementan la política en la toma de decisiones
Atribución de causalidad	
No existe trabajo coordinado entre subsecretarías de salud pública	Ambas subsecretarías no conversan entre sí, y cada una pide información distinta a las instancias de implementación
No se involucra a quienes implementan la política en la toma de decisiones	Quienes implementan la política no tienen voz en el debate

Causalidad 1: No existe trabajo coordinado entre subsecretarías

En ambas subsecretarías del Ministerio de salud existen instancias referentes a la política pública de VIH/SIDA, sin embargo, se observa que no hay un trabajo coordinado entre ellas

"hay un grupo que cuenta como con cinco personas en VIH, en salud pública, pero en redes no hay, no conversan con redes y salud pública es el que está encargado de dictar las normas, las políticas, y redes es el encargado de implementarla, y si entre ellos no conversan el resultado que tenemos hacia los servicios es que cada uno por su lado, cada uno pide información diferente, y cada uno nos agobia con solicitudes" (Encargada Programa VIH/SIDA SSMS)

Causalidad 2: No se involucra a quienes implementan la política en la toma de decisiones

Los profesionales de niveles técnicos dentro del Ministerio y especialmente quienes implementan las acciones de la política pública no son involucrados en la toma de decisiones

“Lo que se hace la mayoría de las veces es a través de directrices y de instrucciones, o sea la implementación se instruye dado que el rol de este programa y por la ubicación que tiene este programa que está en una subsecretaría que es reguladora y rectora y monitorea es una instancia que debe evaluar y monitorear, la política pública” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“durante el tiempo que yo he sido jefe de programa nunca nos han invitado a una reunión” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“solo nos llaman a reuniones para contarnos como les fue, pero no para participar del diseño, no me he sentido con la libertad de opinar, porque las jornadas son tan estructuradas, que se deja muy poco espacio para la intervención o las consultas que tengan los participantes” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 2)

6. Presupuesto

Los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA tienen un alto costo, por lo cual el mayor porcentaje del presupuesto asignado a la política pública está destinado a la compra de medicamentos. Este hecho lo hace estar en constante competencia con otros temas de salud e incluso dentro de la misma política pública existe competencia en la priorización de los recursos.

“pero ha pasado de ser una epidemia mortal a una enfermedad crónica con gran gasto en salud” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“los costos de los medicamentos y de las atenciones médicas, eso restringe la atención hacia el público llega, llega más baja digamos” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

Tabla 15: Representación del problema para el Marco Interpretativo 1:

Representación del Problema	Dimensión simbólica
Presupuesto	El mayor porcentaje del presupuesto asignado a la política pública está destinado a la compra de medicamentos
Atribución de causalidad	

Competencia por el presupuesto con otros problemas de salud	Los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA tienen un alto costo y el acceso a ellos está garantizado por ley, por lo cual no se puede dejar de destinar recursos para su compra.
Competencia por el presupuesto dentro de la misma política	La mayor parte de todo el presupuesto asignado a VIH/SIDA, es destinada a las acciones curativas de la política.

Causalidad 1: Competencia por el presupuesto con otros problemas de salud

El VIH/SIDA está en constante competencia con otras enfermedades por el presupuesto y por la priorización de las acciones. El alto costo de los medicamentos y la garantía universal de estos para los usuarios hacen que el VIH/SIDA sea una enfermedad con alto gasto en salud.

“la plata que reparten para la torta de salud es muy chica, muy pequeña y el Ministerio no puede atender solamente al SIDA, eso lo tengo muy claro y el que pretenda lo contrario es absurdo pensar que solamente estoy yo que tengo el SIDA están todas las enfermedades” (Representante Pastoral Ecueménica de Acompañamiento a personas Que Viven Con VIH/SIDA)

"hoy día tanto el VIH como otras enfermedades crónicas están dentro de un contexto estructural económico- político complejo, complejo porque hoy día Chile tiene un déficit sanitario" (Representante Fundación SAVIA)

“Chile está pagando un alto costo en medicamentos y va a tener una crisis ya que en la realidad de las fundaciones ya que no se tiene una ley que regule y no depender de gestiones para los medicamentos, los gobiernos deberían buscar abaratar costos para que los enfermos no dejen de tomar sus medicamentos” (Representante Fundación SAVIA)

Causalidad 2: Competencia por el presupuesto dentro de la misma política

Asimismo, el alto costo de los medicamentos ha significado que la mayor parte de todo el presupuesto asignado a la política pública, sea destinada a la compra de fármacos para el control del VIH/SIDA, en definitiva, a las acciones curativas de la política pública, quedando fuera la inversión en promoción y prevención.

“yo te diría que ahí está sino es el 95 % de los recursos el 90% al menos de lo que destina en el País para el VIH el resto es lo que se logra hacer para anticiparse al daño y por supuesto ese recurso que yo denomino resto, no es suficiente, absolutamente insuficiente entonces aquí no hay que dejar de invertir en diagnosticar y tratar sino que hay que hacer un equilibrio mayor con todo lo que sea política o estrategia para evitar que na persona adquiera el VIH deberá ver un equilibrio mayor que también es un equilibrio en términos financieros” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

3.1.2. Marco de Pronóstico “Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”

Aquí se manifiesta la forma en que ha sido tratado el problema del VIH/SIDA y la ruta que se ha seguido para su solución, ésta tiene énfasis en la medicación y en las prestaciones de salud. Estas acciones se realizan desde el punto de vista curativo de la enfermedad.

“Yo diría que la política pública ha dejado centrada la temática en el Ministerio de Salud y el Ministerio de Salud se ha dedicado fuertemente a enfrentar mayoritariamente el daño ya instalado” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

A continuación, se muestran en detalle los elementos relacionados a este marco.

1. Efectividad de los tratamientos

Los medicamentos antiretrovirales para el control del VIH/SIDA marcaron un antes y un después en el problema. Antes de su existencia al diagnóstico de VIH le seguía la muerte inminente en meses o semanas, pero cuando estos aparecen, a pesar de que no curan la enfermedad, aumentan considerablemente las posibilidades de sobrevivida de las personas que viven con VIH

“Nosotros hace menos de un año recibimos una misión que vino a evaluar todo lo que es el acceso a control y tratamiento en Chile y una de las cuestiones que hizo fue destacar los grandes logros que ha tenido Chile en este ámbito, más bien del control” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Tabla 16: Idea de solución para el Marco Interpretativo 1:

Idea de solución	Dimensión simbólica
Efectividad de los tratamientos	A pesar de que no curan la enfermedad, aumentan considerablemente las posibilidades de sobrevivida de las personas que viven con VIH
Atribución de causalidad	
Disminución de muertes por enfermedades asociadas al SIDA	Por la efectividad y acceso universal a los tratamientos, la tasa de mortalidad por enfermedades asociadas al SIDA ha disminuido considerablemente

Mejoramiento de la sobrevivencia de las personas que viven con VIH

Una persona que adquiere VIH, tiene acceso a medicación y con ella logra una sobrevivencia considerable, por lo que el comportamiento de la enfermedad es bastante similar a una enfermedad crónica.

Causalidad 1: Disminución de muertes por enfermedades asociadas al SIDA

Actualmente en Chile si una persona que adquiere VIH, tiene acceso a medicación y con ella logra una sobrevivencia considerable. Ya no es sinónimo de muerte un diagnóstico, salvo que este sea tardío y la persona ya tenga enfermedades relacionadas con el SIDA.

“hay una disminución de la mortalidad, hay un aumento de la sobrevivencia de las personas, las personas están en condiciones debido a los tratamientos de seguir desarrollándose en todos los ámbitos de su vida” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“hoy día la tasa de muerte por VIH ha bajado ostensiblemente también, ya no se nos mueren los amigos a cada rato, y te digo año 99, 2000, los cabros íbamos a un funeral semanal como mínimo, como mínimo, un funeral a la semana, hoy día que no voy a muerte de alguien que viene, que murió a causa del VIH hace rato, muy poca gente” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

Causalidad 2: Mejoramiento de la sobrevivencia de las personas que viven con VIH

Una persona que adquiere VIH, tiene acceso a medicación y con ella logra una sobrevivencia considerable, por lo que el comportamiento de la enfermedad es bastante similar a una enfermedad crónica.

“tenemos otra etapa que ve a los pacientes que si se están tratando y pasan a ser enfermos crónicos” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“desde el punto de vista Biomédico tiende a parecer a lo que es una enfermedad crónica, se puede vivir bien, controlado, con el tratamiento adecuado, con los controles adecuados se puede vivir bastante bien, se puede integrar socialmente y desde ese punto de vista se parece otras enfermedades crónicas” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

2. Acceso universal a los tratamientos

Inicialmente los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA no estaban a disposición de todos quienes los necesitaban, así que luego de demandas sociales y decisiones políticas se logra la disposición universal garantizada por ley para quien lo necesite en Chile.

“yo creo que los principales logros ha sido el trabajo mancomunado entre salud y la sociedad civil por el fondo global, por la ley, varios logros que hay, pero insisto

en que hay que reforzarlos, y los otros logros que yo pienso que se han logrado es fundamentalmente el acceso a tratamiento como garantía explícita en salud” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

”cuando estábamos en pleno fondo global y decidió que los medicamentos los iba a comprar a partir de agosto del 2007, se iba a hacer cargo el Estado y ha habido cobertura afortunadamente hasta ahora” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

Tabla 17: Idea de solución para el Marco Interpretativo 1:

Idea de solución	Dimensión simbólica
Se logra cobertura universal en el acceso a los tratamientos	Luego de demandas sociales y decisiones políticas se logra la disposición universal, garantizada por ley, de medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA para quien lo necesite
Atribución de causalidad	
Influencia de la sociedad civil	A través de sus demandas se logró el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA
Personas extranjeras que viven con VIH llegan a Chile en busca de tratamiento gratuito	En los distintos establecimientos de atención de salud no se les niega la atención y no suspenden sus tratamientos

Causalidad 1: Influencia de la sociedad civil

Sin duda en la configuración de este marco interpretativo curativo la sociedad civil ha influido fuertemente, especialmente en que exista acceso universal a los tratamientos para el VIH, lo que se logró luego de demandas y decisiones políticas.

“en el tratamiento no hay duda que fue gracias a ellos, si no se hubieran encadenado desnudos no hubiera pasado nada porque gracias a toda la participación ciudadana que se lograron las terapias sino no se hubiera logrado yo creo que seguiríamos con un debe en cobertura” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

”ha sido una larga lucha, yo me encadenen a los tribunales de justicia, entonces ha sido un largo, largo camino hoy día yo le digo a los cabros, ustedes llegan en mejor momento, no ha habido mejor momento que los últimos diez años, del VIH desde el año 2004 en adelante, cuando llega el proyecto del fondo mundial para la malaria, tuberculosis y el VIH que se llamaba fondo global, entonces empiezan a cambiar las políticas públicas” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

“antiguamente, cuanto inyectabas para comprar los medicamentos, tenía que morirse uno para que el otro pudiera recibir la medicación, o sea hay avances, hay avances” (Presidenta Fundación Margen, Apoyo y Promoción de la Mujer)

Causalidad 2: personas extranjeras que viven con VIH llegan a Chile en busca de tratamiento gratuito

En los últimos años han llegado a Chile personas extranjeras que viven con VIH, en busca de medicación gratuita, a los que en los distintos establecimientos de atención de salud no se les niega la atención y no suspenden sus tratamientos, aunque estén indocumentados.

“ahora nosotros también estamos tratando a los inmigrantes, aunque no estén documentados no necesariamente ni siquiera están inscritos en FONASA entonces en el fondo, bueno por un tiempo tampoco es eterno eso, pero nadie ha tenido que suspender su terapia por llegar a Chile y eso es bueno” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“ahora tenemos mucha migración, que sabe que hoy aquí en Chile el tratamiento es gratis y que viene a tratarse y que esta diagnosticado en sus países, y que viene a tratarse porque acá el tratamiento es gratis” (Encargada Programa VIH/SIDA SSMS)

3. Se mejoraron los procedimientos sanitarios para disminuir riesgos de transmisión de VIH

En materia de VIH/SIDA se han mejorado los procesos sanitarios, como el control del embarazo, las transfusiones de sangre, donación de órganos, así también existe énfasis en la vigilancia epidemiológica. De esta manera disminuir riesgos de transmisión de VIH en los distintos procedimientos clínicos.

Tabla 18: Idea de solución para el Marco Interpretativo 1:

Idea de solución	Dimensión simbólica
Se mejoraron los procesos sanitarios relativos al VIH/SIDA	Disminuir riesgos de transmisión de VIH en los distintos procedimientos clínicos.
Atribución de causalidad	
Disminución de la transmisión vertical	La transmisión del VIH de la madre a su hijo, durante el embarazo, el parto y la lactancia ha disminuido fuertemente gracias a los procesos de control del embarazo.
Transfusiones de sangre y donación de órganos	Todos los donantes son sometidos al examen del VIH por ley.

Vigilancia epidemiológica	Representa un problema de salud pública que amenaza a la población y necesita ser controlado
---------------------------	--

Causalidad 1: Disminución de la transmisión vertical

Uno de los grandes logros que se cuentan en la política pública de VIH/SIDA en Chile es la disminución de la transmisión vertical, aunque también se señala que más que a acciones en la política de VIH/SIDA, se deben a procesos relativos a la política de control del embarazo

“ya está desde otra mirada óptica, que tienen que ver con la maternidad, están vigilados por lo tanto están cubiertos, ese protocolo no se cumple desde la política pública del VIH sino desde la maternidad, y no es un logro del protocolo del VIH” (Representante Fundación SAVIA)

Independiente de la causa de éste logro, Chile podría ser declarado con transmisión vertical eliminada. Pero, que la transmisión vertical sea eliminada, no significa que no exista ningún caso en el país, sólo en proporciones mínimas. Esto no puede interpretarse como que el problema está solucionado, porque, aunque en proporciones mínimas, éste sigue existiendo.

“la transmisión vertical que hoy día tiende a desaparecer de hecho Chile es uno de los países que está en Latinoamérica postulando a ser declarado como con transmisión vertical eliminada, esto no significa cero casos, significa lograr una transmisión vertical mínima que en el fondo hace que el SIDA pediátrico tienda a desaparecer” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“por suerte ahora se va a implementar el segundo test en la semana treinta y dos que hasta ahora decía mujer con situación de riesgo, pero eso es absurdo porque la situación de riesgo es tener sexo, yo creo que ese es el mayor logro y puede ser que se logre disminuir más la transmisión en el embarazo” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Causalidad 2: Transfusiones de sangre y donaciones de órganos seguras

Con el mejoramiento de los procesos sanitarios en materia de VIH hoy en Chile las transfusiones de sangre y donación de órganos son completamente seguras, ya que todos los donantes son sometidos al examen del VIH por ley.

“hoy todas las transfusiones podemos decir que son trasfusiones seguras y las trasfusiones y los donantes de órganos también son seguros porque a todos se les hace la batería de exámenes” (Encargada Programa VIH/SIDA SSMS)

Causalidad 3: Vigilancia epidemiológica

El VIH/SIDA está sometido a contante vigilancia epidemiológica, porque representa un problema que amenaza la salud de la población. Así también desde 2012 se han hecho esfuerzos para informar a los pacientes con diagnóstico confirmado sobre su condición.

“la vigilancia epidemiológica en el sentido de poder informar a todo usuario que se somete o que se realiza un examen de VIH, al menos que se hagan todos los esfuerzos por tratar de informar a ellos ahí ha habido avances importantes” (Encargada Programa VIH/SIDA SSMS)

“que haya habido una gran preocupación por informar a los usuarios los casos confirmados positivos por el instituto de salud pública, informarlos y derivarlos a centros de especialidades, yo creo que ahí ha habido un gran avance” (Encargada Programa VIH/SIDA SSMS)

3.1.3. Situaciones de poder identificadas en el Marco Interpretativo 1

En el análisis se identificaron quienes tienen voz dominante en el debate político de VIH/SIDA los que configuran mayormente el presente marco interpretativo

Tabla 19: Situaciones de poder identificadas en el Marco interpretativo 1:

Situación de poder	Dimensión simbólica
Voces dominantes	La voz dominante en el debate político sobre VIH/SIDA pertenece a los profesionales de la salud que tienen el conocimiento experto sobre VIH/SIDA
Atribución de causalidad	
Profesionales de la salud	En la configuración del marco curativo
Sociedades científicas	En la toma de decisiones en la política pública

1. Profesionales de la salud

Este marco se configura principalmente desde las voces de los profesionales que tienen el conocimiento sobre las medidas biomédicas respecto del VIH/SIDA, quienes tienen gran poder de influencia sobre los distintos procedimientos clínicos relativos al VIH/SIDA

“bueno de hecho la consejería ya se quitó pero yo creo que ese fue un error, esa es mi opinión personal porque la consejería tenía el otro objetivo que era más importante que era establecer el riesgo de la persona, por supuesto que a muchos profesionales de la salud que no han desarrollado, como se habla ahora competencias blandas, de que sean más que médicas, psicosociales, les molesta hablar de la vida sexual entonces no lo querían hacer y lamentablemente son los que tienen el poder y tomaron las decisiones” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

2. Sociedades científicas

Las sociedades científicas tienen influencia en la toma de decisiones de la política pública, actúan como actores técnico-políticos.

“el comité consultivo de SIDA de la Sociedad Chilena e Infectología si es más escuchado, tampoco en un cien por ciento, pero ellos son una sociedad científica” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“SIDA Chile que es la agrupación de los centros ha sido escuchada a veces y otro no, ha habido momentos de ruptura en la relación con el Ministerio” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

3.2. Marco interpretativo 2: “Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”.

En este marco interpretativo los esfuerzos están puestos en llegar a las personas con el mensaje de la prevención antes de que adquieran el VIH mediante acciones educativas comunitarias y participativas.

Este marco se presenta de un modo más secundario respecto al marco 1, ya que los mayores esfuerzos no están del lado de esta estrategia y los logros obtenidos son muy difíciles de mostrar, dado que existen nuevos casos de personas que siguen existiendo nuevos casos de personas que adquieren VIH.

Este marco se configura principalmente mediante la experiencia de las distintas representaciones del problema del VIH y de las soluciones que se han propuesto en la manera de abordarlo, las que transitan desde miradas valóricas, con fuerte influencia de grupos conservadores y ligados a la iglesia, hasta discursos mucho más directos sobre la prevención.

3.2.1. Marco de Diagnóstico “Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”

A continuación, se detallan las representaciones explícitas e implícitas de situaciones consideradas problemáticas por los entrevistados y que deben corregirse relativas a este marco interpretativo.

1. Nuevos casos de personas que adquieren VIH

Prevenir el VIH es el ideal de la política pública, llegar antes a las personas con el mensaje de prevención del VIH y que estas tomen los resguardos para no adquirir el VIH. Sin embargo, las acciones de prevención no han sido suficientes para evitar que siga habiendo nuevos casos de personas que adquieren VIH

“todavía no hemos sido capaces de adelantarnos a ese daño, me refiero a promoción de salud en este ámbito, a prevención del VIH y las ITS” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“en todas partes las políticas masivas de testeo donde se han hecho han resultado a la larga en una disminución de la mortalidad, no en una disminución

de la epidemia para eso habría que evitar el contagio y eso no está ocurriendo en el mundo” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Tabla 20: Representación del problema para el Marco Interpretativo 2:

Representación del problema	Dimensión Simbólica
Nuevos casos de personas que adquieren VIH	las acciones de prevención no han sido suficientes para evitar que siga habiendo nuevos casos de personas que adquieren VIH
Atribución de causalidad	
Desinformación generalizada sobre VIH	Existen muchos mitos sobre VIH, especialmente referentes a las formas de transmisión
Invisibilización del problema	Con la disposición y la efectividad de los fármacos se cree que el problema ya no existe como tal
La población chilena no previene el VIH, no usa condón	Por cultura, por mitos, por hábitos la población chilena no tiene un uso consistente del condón

Causalidad 1: Desinformación generalizada sobre VIH

En la sociedad chilena en general existe mucha desinformación acerca del VIH/SIDA y de sus formas de transmisión, lo cual es una de las principales causas de que el problema cada vez sea más invisible y de que exista discriminación hacia las personas que viven con VIH.

“pero en la casa los papás tampoco saben cómo se transmite, porque tampoco los educaron en sus colegios entonces es un círculo vicioso que se va repitiendo por la falta de conocimiento” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 2)

“Chile está al debe en términos de educación sexual, creo que si damos ese paso es relevante, o sea hoy en día no existen programas de educación sexual insertos en los currículos escolares de la formación de nuestros niños y adolescentes y si tenemos ese logro estamos saldando una deuda con nuestros niños adolescentes y jóvenes y que podríamos tener mayores impactos en el tema del VIH” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Causalidad 2: Invisibilización del problema

El VIH/SIDA sigue siendo un problema, pero con el paso del tiempo ha sido invisibilizado por la sociedad chilena dado que muchas de las personas creen que el

VIH ya pasó, que, con la disposición y la efectividad de los fármacos el problema ya se solucionó, lo que es consecuencia de la desinformación persistente sobre lo que rodea al VIH y a cómo ha sido abordado desde las políticas públicas.

“en el momento en que estaba la cosa más bullente que había más miedo la gente estaba más interesada en saber y conocer ahora no, y todos te dicen lo mismo es que está informada de que, si toma el virus, tranquila porque tengo el AUGE que me va a cubrir” (Representante Pastoral Ecuménica de Acompañamiento a personas Que Viven Con VIH/SIDA)

“Los problemas primarios que uno puede encontrar en estos minutos es estructural una epidemia que cada vez está siendo más invisible” (Representante Fundación SAVIA).

Causalidad 3: La población chilena no previene el VIH, no usa condón

La idea de prevenir el VIH no está instalada en las conductas habituales de las personas. Un indicador de esto es que no hay un uso sostenido del condón, lo que puede ser debido a causas culturales, hábitos y mitos acerca del condón

“ya sabemos por la experiencia que tiene la organización civil conjunta y paralela con el gobierno que la gente cada vez usa menos condón” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

“hoy día el condón no es extraño para nadie otra cosa es el uso que nosotros quisiéramos que fuera más masivo” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“hoy día el acceso al condón el hombre tiene muchos tabúes todavía culturales, que pierden el deseo, que no sirve, que se pasa el minuto de gracia, hay muchos mitos” (Representante Pastoral Ecuménica de Acompañamiento a personas Que Viven Con VIH/SIDA)

2. Inversión en prevención

Del 100% del presupuesto asignado a VIH/SIDA entre un 90% y un 95% son destinados a la compra de medicamentos, quedando el resto para la inversión en acciones para la prevención del VIH. Este presupuesto es considerado insuficiente para para lograr un impacto en la población.

“yo te diría que ahí está sino es el 95 % de los recursos el 90% al menos de lo que destina en el País para el VIH el resto es lo que se logra hacer para anticiparse al daño y por supuesto ese recurso que yo denomino resto, no es suficiente, absolutamente insuficiente entonces aquí no hay que dejar de invertir en diagnosticar y tratar sino que hay que hacer un equilibrio mayor con todo lo que sea política o estrategia para evitar que na persona adquiera el VIH deberá ver un equilibrio mayor que también es un equilibrio en términos financieros” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“falta más inversión en políticas de prevención o sea de hecho si uno ve lo del gasto que se hace en el país la gran cantidad del gasto se va en medicamentos

y en cuanto a las actividades que se hacen cada vez hay menos campañas y de menor duración" (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Tabla 21: Representación del problema para el Marco Interpretativo 2:

Representación del problema	Dimensión Simbólica
Inversión en prevención	El presupuesto asignado para actividades de prevención, es considerado insuficiente para lograr un impacto.
Atribución de causalidad	
Poca disponibilidad en distintos espacios de condones	La compra de condones es insuficiente para distribuir en todos los espacios

Causalidad 1: Poca disponibilidad en distintos espacios de condones

Se señala que existe poca inversión en compra de condones ya que no están a disposición de la población usuaria en los distintos espacios.

“desde el minuto que si yo hablo del uso del condón y no pongo a disposición los condones de la población usuaria yo estoy hablando de pura poesía no más” (Encargada Programa VIH/SDA SSMS)

“muy bonito en el papel, pero a la hora de implementar no hay recursos por ejemplo si tú quieres en tema de campaña hablar del uso del preservativo tienes que invertir como estado mucha más plata en el tema de preservativos que esté disponible en distintos espacios” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

3. Intervención de temas valóricos y religiosos en el mensaje de prevención del VIH

Históricamente han existido intervenciones valóricas y religiosas respecto de la entrega del mensaje de prevención del VIH, por la relación que existe entre el VIH y la sexualidad de las personas.

Tabla 22: Representación del problema para el Marco Interpretativo 2:

Representación del problema	Dimensión Simbólica
Intervención de temas valóricos y religiosos en el mensaje de prevención del VIH	Si se habla de prevención del VIH es necesario hablar de sexualidad de las personas
Atribución de causalidad	

Pareja única y abstinencia sexual como método de prevención	Métodos relacionados con temas valóricos ya refieren al comportamiento sexual
No se quiere hablar abiertamente del condón	Se quiere prevenir el VIH/SIDA, pero por otro lado no se quiere hablar del método más efectivo para su prevención
Eliminación de la consejería pre y post test que establecía riesgos	El objetivo es establecer riesgos de la persona y prevenir futuras situaciones de riesgo de adquirir el VIH

Causalidad 1: Pareja única y abstinencia sexual como método de prevención

Hasta hace muy pocos años se consideraba relevante hablar en materia de prevención de pareja única, abstinencia sexual y uso del condón como los tres métodos de prevención el VIH.

“se habló fuertemente en igualdad de condiciones de pareja única, se habló abstinencia y uso de preservativo como si las tres medidas fuera posible aplicarlas en la sociedad chilena en igualdad de condiciones, yo creo que eso ya fue superado de la política pública, hoy día el tema de la prevención se focaliza en el condón” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

No obstante, con el paso del tiempo la evidencia señalaba que era un error poner a estos tres métodos de prevención en igualdad de condiciones, ya que los dos primeros hablan de comportamiento sexual, por tanto, muy difícil de modificar. En el caso de pareja única varios de los nuevos casos de VIH señalaron que tuvieron pareja única, pero su pareja tuvo otras parejas.

“en algún minuto porque estábamos haciendo camino, porque se estaba aprendiendo se consideró que era relevante, cuando tú hablas por ejemplo con mujeres que viven con VIH justedes nos dijeron por años la pareja única, miren mi pareja única, miren en lo que quede, en lo que estoy hoy día, claro que tuve pareja única, pero yo tuve la pareja única” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

En el caso de la abstinencia sexual, primero, es muy difícil que se practique y segundo quienes lo hacen generalmente no son movidos por la prevención del VIH. Estos dos métodos, además tienen un gran sentido valórico e incluso religioso sobre cómo deben llevar su sexualidad las personas. Con el paso del tiempo se fueron descartando y el uso del condón, quedo como la única alternativa segura de prevención.

Actualmente se habla solo del uso del condón como método para prevenir el VIH y se ha tratado de dejar de lado el mensaje de abstinencia sexual y pareja única, sin embargo, aún queda en la retina de muchas personas la promoción de estos métodos.

“no hay educación con respecto a sexo seguro, está centrado en la promoción de pareja única y sabemos que eso, o sea, en algunos grupos probablemente, en algunos grupos sea posible y factible, pero en otros grupos sabemos que la realidad no es así” (Encargada Programa VIH/SDA SSMS)

Causalidad 2: No se quiere hablar abiertamente del condón

Se habla de poderes religiosos o morales que han impedido que se enseñe sobre el uso del condón a los adolescentes, porque esto supuestamente es incentivo a que comienzan su vida sexual.

“hay muchos poderes que no son básicamente científicos, son religiosos o morales entre comillas, entonces mucha gente dice que no que no se puede enseñar a usar los preservativos a los niños tan chicos porque es incitarlos a tener sexo, pero, igual están teniendo sexo porque eso lo dicen las encuestas” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Las campañas de comunicación social de prevención del VIH/SIDA, se han visto afectadas por el sesgo valórico, ya que cuando se ha querido entregar un mensaje claro que apunte a la prevención mediante el uso del condón en la población joven, ha surgido bastante polémica por hablar de sexo en este grupo etario.

“la única gran la campaña más potente que se hizo del preservativo que decía pon pónelo o sea pon pónelo pónmelo, generó un montón de polémica porque salía una chica escolar y la encuesta de la INJUV había dado hace un montón de tiempo la cifra de que a los quince años ya más del cincuenta por ciento tenía sexo” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

En Chile todavía se tiene temor de hablar de sexualidad y mucho más del uso del condón, por lo mismo se entra en la paradoja, por un lado, se quiere prevenir el VIH/SIDA, pero por otro no se quiere hablar del método más efectivo para su prevención. Esto se observa en algunas de las instituciones, que solicitan que los apoyen desde el Ministerio de Salud con actividades de prevención del VIH/SIDA, pero por ningún motivo permiten que se lleve un condón a sus recintos.

“aún es un problema porque nuestro país es muy pacato todavía, no ha querido abordar el tema como corresponde, hay instituciones que aquí por ejemplo quieren prevención, pero no permiten llevar preservativos, no puedes hablar de lo que es un sexo anal, de lo que es un sexo oral” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 2)

Causalidad 3: Eliminación de la consejería pre y post test que establecía riesgos

La consejería es el complemento de la toma del examen para la detección del VIH, en un principio, existía la obligación de realizar una actividad de consejería para el paciente, antes de la toma del examen y en la entrega del resultado de éste, lo que servía para establecer riesgos de la persona y prevenir futuras situaciones de riesgo de adquirir el VIH. Sin embargo, la consejería fue eliminada y una de las razones fue la intervención de temas valóricos en las acciones lo que se considera un retroceso en prevención.

“bueno de hecho la consejería ya se quitó pero yo creo que ese fue un error, esa es mi opinión personal porque la consejería tenía el otro objetivo que era más importante que era establecer el riesgo de la persona, por supuesto que a muchos profesionales de la salud que no han desarrollado, como se habla ahora competencias blandas, de que sean más que médicas, psicosociales, les molesta hablar de la vida sexual entonces no lo querían hacer y lamentablemente son los que tienen el poder y tomaron las decisiones” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“el tema de que la consejería pre test se sacara como obligatorio no me parece muy adecuado en términos concretos sí creo que facilitar el tema del acceso al test, pero fundamentalmente es vital una buena consejería porque si no una persona que cada vez que tenga una conducta de riesgo va a ir a hacerse el examen” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

4. Efectos de los vaivenes políticos en la prevención del VIH

La política pública de VIH es una política que depende del gobierno, por ende, expuesta a vaivenes políticos que redundan en constantes cambios: en los énfasis de la política, en las representaciones del problema, en las acciones para la prevención, en el presupuesto y otros movimientos que hacen que no exista continuidad en las acciones.

“y cada gobierno implementa otras cosas y no se termina el trabajo de otro gobierno, debería seguir una sola línea de política pública dirigida hacia el VIH/SIDA” (Presidenta Sindicato Nacional Independiente de Trabajadoras Sexuales Travestis, Transgéneras y Otras Amanda Jofré)

“los colores políticos han influido en forma importante porque finalmente depende de la línea que tenga cada gobierno o la tendencia como se van a ir organizando las políticas, si este gobierno es de tal color político y es más cercano a las iglesias, por ejemplo, obviamente no va a privilegiar lo que es el VIH” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 2)

Tabla 23: Representación del problema para el Marco Interpretativo 2:

Representación del problema	Dimensión Simbólica
Efectos de los vaivenes políticos en la prevención del VIH/SIDA	Cambios en los énfasis de la política, en el mensaje de prevención, en la focalización, en la distribución del presupuesto y en otros aspectos de la política pública
Atribución de causalidad	
Prioridades de los gobiernos	Las miradas han estado puestas en otros temas de las agendas políticas. Si el VIH sigue vigente en las agendas de los gobiernos es mayormente por influencia de la sociedad civil
Visiones y prejuicios de las	Existe temor constante de que los nuevos

distintas autoridades	gobiernos o las nuevas autoridades traigan nuevas visiones y prejuicios que afecten el curso de la política pública.
-----------------------	--

Causalidad 1: Prioridades de los gobiernos

Existe la sensación, especialmente desde la sociedad civil de que el VIH, no ha sido prioridad para los últimos gobiernos. De acuerdo a lo planteado en el discurso, esto quedo de manifiesto cuando Comisión Nacional del SIDA se disolvió. La percepción es que el presupuesto y las prioridades políticas están en otros temas.

“Bajarle el estatus al problema ha sido una bajada de piso enorme lo que significa que, para los gobiernos, el VIH no es un tema para los gobiernos” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

“El presupuesto y las prioridades políticas están instaladas en otros lugares, y como no es un tema están interesados en lo más macro, en las relaciones internacionales y quedar bien parados, preocupados de las encuestas” (Representante Fundación SAVIA).

Se cree que, si no fuera por la presión de las organizaciones sociales, el VIH ni siquiera estaría en las agendas de los gobiernos

“tienen mucho movimiento e influencia en la parte política por lo tanto ellos apoyan a que esto siga creciendo, siga siendo un tema, sino fuera por eso yo creo que el VIH, ni siquiera estaría en la agenda” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 2)

Causalidad 2: Visiones y prejuicios de las distintas autoridades

Existe el temor constante de que con los vaivenes políticos no exista continuidad en la política pública, dado que las nuevas autoridades pueden traer otras visiones del problema público y de las soluciones.

“acá el color político como en el Ministerio de Salud es más complejo, pues es el que más conozco y uno hace Pilatos para que se nombre a un SEREMI y este mantenga esa política” (Representante Fundación SAVIA).

“han existido presidentes de la republica que por el hecho de haber ido a visitar al papa en determinados periodos no ha cursado la campaña correspondiente a ese año” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

5. Participación social

En la historia del VIH/SIDA en Chile se destaca un fenómeno social importante que es el empoderamiento de las personas afectadas directamente e indirectamente con el virus: las personas viviendo con VIH y distintas organizaciones de la sociedad civil. Estos grupos se organizaron en función del tema y otros ya organizados volcaron sus objetivos hacia él.

"Yo a la gente siempre le cuento, aquí no tendríamos organizaciones homosexuales si no fuera por el VIH, lo logramos, comenzar a través del VIH como organización homosexual, de hecho, nosotros nacimos como organización que trabajaba en prevención del VIH, salimos del closet recién el año 2010" (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

"nosotros como organización, la corporación chilena de prevención del SIDA es la primera respuesta el VIH SIDA en Chile antes que el Estado" (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

Se considera que estos grupos fueron los primeros que comenzaron a tener nociones de cómo enfrentar el problema y que ellos fueron los que entregaron herramientas a los distintos agentes del Estado para organizar el trabajo de la política pública de VIH/SIDA en el país.

"con muchos prejuicios y yo creo también que con muchos miedos, de los agentes del estado, de los agentes públicos en que no tenían los insumos suficientes, como para abordarlos como política, por lo tanto en definitiva fueron las organizaciones sociales, las personas, las que fueron insumando al estado y a los gobiernos correspondientes, digamos de cómo enfrentar la política pública o de cómo ir mirando esta política pública para dar respuesta eficaz, oportuna, veras sobre la temática" (Representante Fundación SAVIA).

Las organizaciones sociales realizan trabajo e prevención del VIH focalizado en poblaciones claves, donde las acciones preventivas del Ministerio de Salud no llegan.

"nosotras jamás pensamos en el VIH y con el tiempo nos dimos cuenta que era necesario abordar el tema, porque ahí había compañeras que estaba adquiriendo, que no usaban el condón, y cuando nos empezaron a tocar nuestra puerta dijimos no, aquí hay que hacer un trabajo concreto" (Presidenta Fundación Margen, Apoyo y Promoción de la Mujer)

"que en el fondo son los que están llegando donde está concentrada la epidemia en Chile y son las organizaciones de la sociedad civil las que llegan a esas poblaciones, no nosotros como salud" (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

Tabla 24: Representación del problema para el Marco Interpretativo 2:

Representación del problema	Dimensión Simbólica
Participación social	Las organizaciones sociales realizan un trabajo de prevención en poblaciones claves
Atribución de causalidad	
Disminución de la participación social	Las decisiones son tomadas en instancias cerradas y no se observa un trabajo articulado de las organizaciones sociales

La participación social no es vinculante en la política pública de VIH/SIDA

La voz e las organizaciones sociales es escuchada, pero no hay un real involucramiento en la toma de decisiones

Causalidad 1: Disminución de la participación social

Actualmente existe la sensación que se ha disminuido el poder de influencia de la sociedad civil organizada en las distintas decisiones de la política pública preventiva de VIH y en muchas de las acciones de la política pública, no son consultados, lo que se atribuye, por un lado, a que en la política pública actual de VIH las decisiones son tomadas en instancias más cerradas y a que no se observa un trabajo articulado de las organizaciones sociales. Posiblemente una de las causas es que en los grandes avances en materia de VIH/SIDA, las organizaciones vieron satisfechas las demandas comunes.

“muchas de ellas, ya han encontrado solución a sus problemas y ya no encuentran razón de ser, como en los partidos políticos, encontraron la democracia, como otros encontraron la libertad o como otros encontraron sus medicamentos antiretrovirales” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

“están los organismos más que remueven más la olla hoy día que en vez de estar unidos también están cada uno buscando que su imagen salga que se diga nosotros lo hicimos, la ONG tal es la que hizo esto” (Representante Pastoral EcuMénica de Acompañamiento a personas que Viven con VIH/SIDA)

“te sientas y te levantas y te vas a la casa igual que has venido que has llegado, cuesta mucho concretar y esto ya no es solamente de los Ministros es que estamos todos igual nos falta algo discernir ver el punto; a ver no sé si el sistema actual nos ha hecho tan egotistas como llama egocéntricos, que quiero que lo mío lo que yo presento lo que yo planteo sea y me den la solución” (Representante Pastoral EcuMénica de Acompañamiento a personas que Viven con VIH/SIDA).

Por otro lado, las organizaciones sociales vieron menguado su trabajo con el término del fondo global en Chile, y sin ese aporte muchas no pudieron sostenerse por sí solas.

“ahora lamentablemente hubo pocas organizaciones que si fueron humanamente sustentables luego que se acabó el fondo global y ahora eso está muy alicaído quizás si el movimiento social estuviera tan potente como antes, las cosas en VIH en estos momentos serían diferentes” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Causalidad 2: La participación social no es vinculante en la política pública de VIH/SIDA

La participación ciudadana en este sentido debiera ser vinculante, para tener una participación efectiva de las organizaciones sociales en las decisiones de la política pública.

Así también se debería considerar financiar a las organizaciones sociales que trabajan en temáticas de VIH/SIDA ya que son ellas la que realizan gran parte del trabajo de prevención.

“El tema de la participación ciudadana en la política, la ley 20.500 no es vinculante, siento que están desfasados en la información acerca del tema y requiere una actualización y deben considerar a agrupaciones, el estado tiene el deber de integrar en sus políticas como una acción social, así como se financian los partidos políticos, deberían financiar las organizaciones sociales, las que podrían insumar al estado con datos que no tienen” (Representante Fundación SAVIA)

“una real participación de la sociedad civil, que en el fondo son los que están llegando a un objetivo que es donde está concentrada la epidemia en Chile, porque en Chile no es una epidemia heterosexuada, no, está bien concentrada y son las organizaciones de la sociedad civil las que llegan a esas poblaciones, no nosotros como salud, participación real desde mi perspectiva tiene que ver con una participación vinculante” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

“nuestra voz se escucha solo para el papel, pero a la hora de determinar una campaña de prevención son ellos los que toman las decisiones, te invitan y te hacen opinar, pero son ellos los que cortan el queque, mi presencia no ha sido relevante en la implementación de las políticas, ya que solo nos toman la opinión como una especie de integración para que creamos que somos escuchados, pero al final nuestra opinión es poco válida y se contrarresta por cuestiones ideológicas de pudor y religiosas” (Representante Fundación SAVIA)

3.2.2. Marco de Pronóstico “Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”

1. El mensaje de prevención ha puesto al uso del condón como único método de prevención.

Un cambio importante, visualizado en el discurso de prevención es hablar solamente del condón como único método seguro de prevención, quedando de lado los otros discursos. Desde 2015 las distintas acciones y especialmente la campaña de comunicación social, mencionaban solo el uso del condón como único método seguro para la prevención del VIH.

“hoy día la focalización es el preservativo, es el uso del preservativo quiere decir que si se tiene vida sexual activa piense en el VIH use condón la abstinencia no es una práctica posible de considerarla preventiva, porque en cualquier momento se terminó la abstinencia, la pareja única y exclusiva, idealmente, pero la verdad toda la investigación muestra que esto no es aplicado a la población chilena” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“creo que el cambio mayor fue darle prioridad al uso del condón el año pasado, eso fue un cambio, entonces y dejar de hablar de que, una de las posibilidades, de, de evitar la transmisión de virus era no tener sexo, si estamos hablando con gente que tiene sexo por Dios, de que estamos hablando, pero va a tener sexo

de todas maneras” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

Tabla 25: Idea de solución para el Marco Interpretativo 2:

Idea de solución	Dimensión Simbólica
El énfasis está puesto en el uso del condón	El discurso de la prevención del VIH dejó de lado todos los otros métodos de prevención
Atribución de causalidad	
En el discurso de prevención quedan fuera los mensajes que apuntaban a las conductas sexuales de las personas	El mensaje de la última campaña de prevención del VIH es “Vivamos como vivamos siempre condón”
El condón se usa consistentemente en poblaciones claves	El uso del condón se ha instaurado como una práctica esencial en grupos de trabajadoras sexuales.

Casualidad 1: Quedaron fuera los mensajes que apuntaban a las conductas sexuales de las personas

En este sentido se observan dos visiones en competencia, la primera es que no importa lo que hagas lo importante es que uses condón, como lo dice el slogan de la campaña “Vivamos como vivamos, siempre condón” y la segunda señala que el mensaje se interpreta como una invitación a las personas a hacer lo que quieran con su cuerpo descuidando el mensaje de autocuidado.

“entonces consienten en hacer una campaña de uso del condón haz lo que quieras el condón y después sale uno y habla en público y dice: es la primera vez, como que fuera un gran logro es la primera vez que ustedes ven que no se hablan de conductas humanas esa conducta humana les pese o no, es la que tiene mucho que ver sobre todo con el SIDA” (Representante Pastoral EcuMénica de Acompañamiento a personas Que Viven Con VIH/SIDA)

Causalidad 2: Uso del condón en poblaciones claves

La promoción del uso del condón ha surtido efecto en la población de trabajadoras sexuales, quienes tomaron el condón como una herramienta de trabajo, lo que ha redundado en que los nuevos casos de VIH en esta población sean mínimos.

“antiguamente las compañeras tú le hablabas de un condón ah no, yo no tengo sexo, yo vengo a bailar, yo estoy de compañía, como dama de compañía, hoy día nosotros decimos, chiquillas venimos a dejar condones y se hace una fila larguísima, ellas van a la farmacia y compran sus condones o van al consultorio y piden sus condones, se llevan sus condones, lo tienen aquí, antes no, era muy

difícil que la compañera decía ay pasemos a comprar condones” (Presidenta Fundación Margen, Apoyo y Promoción de la Mujer)

“porque a nosotras antiguamente nunca nos entraba el SIDA, nosotras no era prioridad el SIDA, a nosotras no nos tocaba el SIDA era para los gays cierto, pero nos fuimos dando cuenta que era una población de riesgo, porque habían más hombres se atendían más hombres que se yo, y que estaban en riesgo y lo internalizamos que para ser una buena trabajadora sexual había que usar una herramienta de trabajo, y esa herramienta de trabajo era usar el condón en todas las prácticas sexuales y así nos fuimos compartiendo, con las compañeras y las compañeras lo entendieron desde esa manera, porque no se conocía en los noventa el condón en la población” (Presidenta Fundación Margen, Apoyo y Promoción de la Mujer)

2. Focalización de las acciones de prevención

Las recomendaciones internacionales apuntan a que, en epidemias concentradas, las acciones preventivas debieran estar dirigidas a los grupos de personas donde se concentra la epidemia, que en el caso de Chile son hombres que tienen sexo con hombres (hombres gays y la población trans), por lo cual las acciones de la política pública de prevención de VIH se focalizan principalmente en hombres gay y personas transgénero. Aunque estas acciones no deben dejar de lado los otros grupos sociales de la población, el mayor esfuerzo debe centrarse en prevenir el VIH donde se encuentra concentrado.

“todas las recomendaciones internacionales para epidemias concentradas que es la que nosotros tenemos, dicen que si tu pones el esfuerzo fuertemente marcado en términos de estrategias y financiamiento en las poblaciones más afectadas tu logras controlar la epidemia y evitar que esta epidemia se expanda a ser una epidemia generalizada” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Tabla 26: Idea de solución para el Marco Interpretativo 2:

Representación del problema	Dimensión Simbólica
Focalización de las acciones de prevención	En epidemias concentradas como la chilena las acciones de prevención se focalizan en poblaciones más afectadas
Atribución de causalidad	
Entrega de condones en poblaciones focalizadas	Organizaciones sociales que trabajan con poblaciones gay y transgénero, también se incluye en esta entrega, a mujeres que ejercen el trabajo sexual
Focalización en otros grupos	En ciertas regiones del país las acciones de prevención del VIH se focalizan en mujeres

Causalidad 1: Entrega de condones en poblaciones focalizadas

Dentro de las acciones focalizadas para la prevención del VIH, esta la entrega de preservativos a poblaciones focalizadas de la política pública, organizaciones sociales que trabajan con poblaciones gay y transgénero, también se incluye en esta entrega, a mujeres que ejercen el trabajo sexual

“una de las cosas, que tenemos acá que tenemos condones, que se demoran en llegar, pero llegan, y que se están destinando a las poblaciones focalizadas, o sea no es como en otros países, que carecen las compañeras de condones, las compañeras trans no tienen ningún condón, no tienen medicación, acá tiene, están aseguradas” (Presidenta Fundación Margen, Apoyo y Promoción de la Mujer)

“tenemos los preservativos extra resistentes, dirigidas hacia las poblaciones vulnerables como la población trans, tenemos preservativos ya por lo menos los cuidamos con el preservativo” (Presidenta Sindicato Nacional Independiente de Trabajadoras Sexuales Travestís, Transgéneras y Otras Amanda Jofré)

Causalidad 2: Focalización en otros grupos

Las acciones de prevención en ciertas partes del país se focalizan en mujeres, esto a pesar de las recomendaciones en la prevención de epidemias concentradas, lo que responde a distintas visiones del problema del VIH/SIDA.

“hay un grupo de regiones que se focalizan fuertemente en mujeres, la epidemia no está en las mujeres, es verdad que hay casos de mujeres, y eso no tiene nada que ver con temas de género, sino con lo que es la caracterización epidemiológica del VIH, la política tiene que apuntar más fuertemente a la focalización no ser excluyente con toda la población sino que hacer un esfuerzo mayor que el que se está haciendo por focalizar incluso recursos en aquellas poblaciones más afectadas” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“La epidemia en Chile es homosexual, pero para no hablar de homosexualidad, porque le duele el lomo, o les molesta por religión o lo que sea, entonces mejor lo feminiza” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

3. Acciones para reactivar la participación social

Durante 2016 se instauraron dos mesas de trabajo con la sociedad civil y otros actores, con estas acciones se pretende reactivar la participación social en la política pública

“no hemos perdido la posibilidad de recuperar esa participación que en algún momento hubo tal vez es una participación distinta más reflexiva más de pensamiento” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Tabla 27: Idea de solución para el Marco Interpretativo 2:

Representación del problema	Dimensión Simbólica
Acciones para reactivar la participación social	se instauraron dos mesas de trabajo con las cuales se pretende reactivar la participación social
Atribución de causalidad	
Mesas de trabajo con la sociedad civil	Se incluyen a organizaciones sociales y otros actores para lograr un trabajo conjunto en la política pública.
Mesa de trabajo con pueblos originarios	Esta instancia de participación fue solicitada directamente desde las organizaciones indígenas

Causalidad 1: Mesas de trabajo con la sociedad civil

En 2016 se conformó una mesa de trabajo a nivel nacional que tiene participación de la sociedad civil, con la que se pretende incluir en el debate político a las organizaciones sociales

“nosotros este año 2016 acabamos de conformar dos mesas de trabajo con sociedad civil, donde aparece lo que yo mencionaba un poquito como un programa intersectorial con participación de otros actores esta mesa que tiene participación de otros sectores de gobierno y organizaciones sociales del país esa figura que es una instancia que está recién terminando su constitución” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Causalidad 2: Mesa de trabajo con pueblos originarios

Asimismo, se constituyó una segunda mesa, específica, para discutir la política pública dirigida hacia pueblos indígenas. Esta instancia de participación fue solicitada directamente desde las organizaciones indígenas.

“la otra mesa tiene que ver con VIH y pueblos indígenas que hubo una decisión no de nosotros sino de las mismas organizaciones de pueblos indígenas de solicitar una mesa particular específica para trabajar en VIH, porque claramente las demandas son distintas tienen otro tipo de demanda hay un tema intercultural importante que hace que esta política tenga que enfrentarse bajo este paradigma, bajo esa cultura” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Sin embargo, la fragmentación en la discusión política en opinión de algunos afecta el funcionamiento de la política pública, ya que no se tienen objetivos comunes

“Además, nos vetan y no podemos hablar del VIH a los pueblos originarios, eso políticamente me preocupa pues no puede funcionar en forma de átomo” (Representante Fundación SAVIA)

4. Mensaje de prevención asociados al marco 1, referente a acciones curativas

Tabla 28: Idea de solución para el Marco Interpretativo 2:

Representación del problema	Dimensión Simbólica
Mensaje de prevención asociado a acciones curativas	Estos mensajes pueden catalogarse de prevención- control
Atribución de causalidad	
Carga viral indetectable	Prevención del VIH a través del control del VIH
Promoción del examen	Se ha promocionado le examen como método de prevención del VIH

Causalidad 1: Carga Viral indetectable

Existe una noción de solución en el marco 1 que trasciende al marco 2, correspondiente a una de las alternativas de prevención, que más bien podría catalogarse de prevención/control, que ha tomado fuerza en el último tiempo, la cual es la idea de carga viral indetectable. La evidencia ha demostrado que una persona que vive con VIH, teniendo carga viral indetectable (que exista la mínima cantidad de virus en el organismo), disminuye considerablemente el riesgo de transmitir el virus a sus parejas sexuales.

“en los últimos 5 años se ha consolidado la evidencia, que al diagnosticar y tratar a todas las personas que vivirían con VIH con las terapias de mejor calidad en el mundo, considerando que son personas que van a estar permanentemente adscritas al control y adherentes al tratamiento, si en estas personas tu logras bajar la carga viral, disminuirías la posibilidad de que esa persona transmita el virus a sus parejas sexuales” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“lo que se escucha vienen nuevos cambios en términos de nuevos discursos asociados al tratamiento, se habla de la prevención 2.0 una prevención control que incorpora el tema del control” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

Causalidad 2: Promoción del examen

En algún momento de la política pública se dio énfasis a la promoción del examen como método de prevención del VIH, incluso la campaña de comunicación social daba especial énfasis al testeo y se dejó de lado el énfasis al uso del condón.

“Desde el año 2010 en adelante la focalización de esa administración estuvo en el diagnóstico entonces todo fue a promover el examen VIH en la población o las mayorías de las estrategias que se desarrollaron en esa administración tenían que ver con promover el examen, diagnóstica y trata y con menos presencia en la política el uso del preservativo, el tema del autocuidado, sin dejar de hacerlo era menos relevante de hecho la campaña de comunicación social de aquella época todas iban a promover el examen, se puso el foco ahí” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“creo que es un error llamar a hacerse el examen y siquiera imaginarse que eso es una campaña de prevención porque si acaso fuera una campaña de prevención del SIDA, pero en ningún caso del VIH eso es tan estúpido como si yo quisiera abordar el embarazo adolescente y un grupo etario determinado yo lo invitara a tomarse el test del embarazo” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

3.2.3. Situaciones de poder identificadas en el Marco Interpretativo 2

A continuación, se describen las situaciones de poder que se distinguen en el marco: Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas

Tabla 29: Situaciones de poder identificadas en el Marco interpretativo 1:

Situación de poder	Dimensión simbólica
Voces dominantes	La voz dominante en el debate político sobre prevención del VIH pertenece a
Atribución de causalidad	
Grupos conservadores	Ha existido intervención históricamente especialmente en la entrega del mensaje de prevención de VIH
Grupos de la sociedad civil	Algunas organizaciones sociales son más escuchadas por las autoridades

1. Grupos conservadores

Grupos conservadores han tenido gran influencia en las decisiones de la política de prevención del VIH, especialmente de cómo el mensaje de prevención es entregado a la comunidad.

“Partidos de centro que son mayoritariamente, como los comodines de la política, son con inclinaciones religiosas muy marcadas y son muy incidentes a la hora de tomar decisiones de gobierno, han sido los grandes obstaculizadores para los avances en la prevención del VIH SIDA, tanto en las campañas en la difusión de la información y también en los contenidos” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

“Por lo tanto, en este país también influye el tema de religión es mucho hay muchas tendencias o movimientos que no permiten avanzar en las políticas como corresponden por lo tanto hay muchas trabas que impiden que se llegue a una prevención de manera adecuada o que las políticas incluyan la prevención de una forma integral” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 2)

2. Grupos de la sociedad civil

Hoy día cada grupo de la sociedad civil tiene su particular demanda y se encuentra en distinta situación de poder y no todos son escuchados de igual manera. Algunos grupos sociales tienen mayor influencia en la toma de decisiones de la política pública

“yo creo que aquí, tuvo mucho poder y mucha relevancia fueron los compañeros gays, o movimientos de HSH, yo creo que ellos tuvieron mucha más relevancia, ellos podían golpear la mesa y no así las compañeras trabajadoras sexuales porque siempre hemos sido estigmatizadas porque siempre se nos ha mirado como mujeres analfabetas, mujeres que no tenemos educación, que no nos podemos sentar en espacios donde podamos discutir estos temas” (Presidenta Fundación Margen, Apoyo y Promoción de la Mujer)

“Están mucho más cercanos a los partidos políticos y también tiene que ver con aquí, el tema de los HSH, tiene que ver con que son profesionales, no son trabajadoras sexuales” (Presidenta Fundación Margen, Apoyo y Promoción de la Mujer)

Como ya se mencionaba, las organizaciones sociales de pueblos indígenas son escuchados de forma particular en la política pública.

“la otra mesa tiene que ver con VIH y pueblos indígenas que hubo una decisión no de nosotros sino de las mismas organizaciones de pueblos indígenas de solicitar una mesa particular específica para trabajar en VIH, porque claramente las demandas son distintas tienen otro tipo de demanda hay un tema intercultural importante que hace que esta política tenga que enfrentarse bajo este paradigma, bajo esa cultura” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

3.3. Marco interpretativo 3: “Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”.

Del análisis *policy frames* se destaca un tercer marco complementario que en definitiva es una propuesta de política pública de VIH/SIDA la cual se señala como una política

de Estado que no esté expuesta a los distintos movimientos políticos por cambio de gobiernos o de autoridades.

Dado que el Estado tiene poder de convocatoria, en la resolución del problema del VIH/SIDA, especialmente en lo que respecta a la prevención, debe involucrar a otros actores tanto del sector público, como del privado, para que la responsabilidad no solo se centre en el Ministerio de Salud.

Retomar la participación ciudadana como uno de los principales elementos de la política pública de VIH, con una participación vinculante en la toma de decisiones y con financiamiento para las organizaciones sociales que trabajan fuertemente la prevención del VIH.

Abordar uno de los puntos más complejo del problema del VIH y el SIDA que es el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH y a todo lo que rodea la temática del VIH, ya que esto es un gran obstáculo en el desarrollo de las acciones de la política pública, tanto preventivas, como curativas.

3.3.1. Marco de Diagnóstico “Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA

1. Continuidad de la política pública

Por los cambios de gobiernos o de autoridades no hay continuidad en las distintas acciones de la política, ya que las prioridades cambian y las visiones acerca del problema y las soluciones son distintas.

“y cada gobierno implementa otras cosas y no se termina el trabajo de otro gobierno, debería seguir una sola línea de política pública dirigida hacia el VIH/SIDA” (Presidenta Sindicato Nacional Independiente de Trabajadoras Sexuales Travestis, Transgéneras y Otras Amanda Jofré).

Tabla 30: Representación del problema para el Marco Interpretativo 3:

Representación del problema	Dimensión simbólica
Continuidad de la política pública	Por los movimientos políticos las visiones acerca del problema y las soluciones cabían
Atribución de causalidad	
Cambios en los enfoques, en las visiones, en el presupuesto y en las prioridades de la política pública	Incluso las campañas de comunicación social se han visto afectadas por los movimientos políticos

Causalidad 1: Cambios en los enfoques, en las visiones, en el presupuesto y en las prioridades de la política pública

En este sentido se observa que los colores políticos influyen en la toma de decisiones y en

“acá el color político como en el Ministerio de Salud es más complejo, pues es el que más conozco y uno hace Pilatos para que se nombre a un SEREMI y este mantenga esa política” (Representante Fundación SAVIA).

“han existido presidentes de la república que por el hecho de haber ido a visitar al papa en determinados periodos no ha cursado la campaña correspondiente a ese año” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

2. El Ministerio de Salud se ha hecho responsable del problema del VIH/SIDA

Actualmente la responsabilidad del Estado se canaliza a través del Ministerio de Salud, quien está a cargo del diseño y la implementación de la política pública, quien ha concentrado sus acciones mayormente en el control de la enfermedad, ya sea en el diagnóstico y tratamiento de las personas que viven con VIH, garantiza la atención y genera distintos protocolos para mejorar la atención.

“Yo diría que la política pública ha dejado centrada la temática en el Ministerio de Salud y el Ministerio de Salud se ha dedicado fuertemente a enfrentar mayoritariamente el daño ya instalado” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Tabla 31: Representación del problema para el Marco Interpretativo 3:

Representación del problema	Dimensión simbólica
El Ministerio de Salud se ha hecho responsable del problema del VIH/SIDA	Concentra sus acciones en el diagnóstico y tratamiento
Atribución de causalidad	
El VIH/SIDA es visto solo como un problema sanitario	Aunque tiene componentes culturales y sociales

Causalidad 1: El VIH/SIDA es visto solo como un problema sanitario

El VIH/SIDA ha sido asumido como problema por el Ministerio de Salud porque claramente es un problema sanitario, sin embargo, el VIH/SIDA implica aspectos culturales y sociales de las personas, que el Ministerio de Salud por sí solo no puede abordar

"es un tema sanitario, pero eminentemente es un tema social y cultural" (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

"hasta el día de hoy quien se ha hecho cargo de las políticas públicas ha sido solamente el Ministerio de Salud, en general siempre se identifica como un problema de salud, por lo tanto, es el Ministerio de Salud el que tiene que estar dando respuestas a estas interrogantes, si bien es cierto que es uno de los factores más importantes, no debiese ser el único" (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 2)

3. Enfoque top down

Las decisiones se toman en el centro y son los actores políticos quienes finalmente toman las decisiones, lo que tiende a centralizar la política pública.

Tabla 32: Representación del problema para el Marco Interpretativo 3:

Representación del problema	Dimensión simbólica
Enfoque top down	Las decisiones son tomadas en el gobierno central por los actores políticos
Atribución de causalidad	
Participación de las organizaciones sociales en el debate	La participación de las organizaciones sociales no tiene impacto en la toma de decisiones
Participación en el debate de quienes implementan la política pública	Quienes implementan la política no son parte del debate de la política pública
La política pública de VIH es centralizada	En la región metropolitana se centran las acciones preventivas

Causalidad 1: Participación de las organizaciones sociales en el debate

Las organizaciones sociales son invitadas a participar en reuniones para el debate de la política pública de VIH, sin embargo, se considera que no tienen incidencia en la política pública.

"nuestra voz se escucha solo para el papel, pero a la hora de determinar una campaña de prevención son ellos los que toman las decisiones, te invitan y te hacen opinar, pero son ellos los que cortan el queque, mi presencia no ha sido relevante en la implementación de las políticas, ya que solo nos toman la opinión como una especie de integración para que creamos que somos escuchados, pero al final nuestra opinión es poco válida y se contrarresta por cuestiones ideológicas de pudor y religiosas" (Representante Fundación SAVIA)

“porque todas las mesas de trabajo que tenemos son donde discutimos los temas, evaluamos la política pública recogemos la opinión de la sociedad civil, pero finalmente lo que queda es lo que se define a nivel de Ministerio” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

Causalidad 2: Participación en el debate de quienes implementan la política pública

Los acuerdos en la política pública se entregan a través de directrices a los distintos organismos involucrados, a los funcionarios en los niveles técnicos de intervención. Los actores que implementarán la política pública no son invitados a ser parte del debate.

“solo nos llaman a reuniones para contarnos como les fue, pero no para participar del diseño, no me he sentido con la libertad de opinar, porque las jornadas son tan estructuradas, que se deja muy poco espacio para la intervención o las consultas que tengan los participantes” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 2)

“durante el tiempo que yo he sido jefe de programa nunca nos han invitado a una reunión” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Causalidad 3: La política pública de VIH es centralizada

La región metropolitana concentra la mayoría de las acciones preventivas y de sensibilización del VIH/SIDA, las campañas de comunicación social, por ejemplo, son desarrolladas en la región, así también la mayoría de las organizaciones sociales que realizan un trabajo fuerte en la temática, se encuentran en la capital del país y aunque si realizan trabajo en otras regiones, la política pública sigue estando concentradas.

“te imaginas una campaña del uso del condón no se en la portada de Antofagasta, o que aparezca la portada, el puerto de Iquique que aparezca la zona franca, y alguien caminando por la zona franca demostrando que hay que usar condón también” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

4. Discriminación y estigma que rodea al VIH/SIDA

El VIH/SIDA es un problema de salud que debe ser mirado en forma distinta a otros problemas por la carga de estigma y la discriminación que tiene todo lo que lo rodea y especialmente las personas que viven con VIH. Esto trasciende a los distintos marcos interpretativos identificados en la política pública ya que incide en muchas dimensiones, dificultando muchas veces el accionar de la política pública.

“yo creo que la diferencia la hace el estigma, la discriminación que está asociado a esa enfermedad, porque tiene que ver con un juicio valórico, que las personas hacen ya sea porque presumen que la persona es promiscua, por su orientación sexual o por el grado de infidelidad que puede denotar” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

“Ahora si tu comparas a una persona que tiene cáncer con una persona que tiene VIH, la persona con cáncer es mirada como una víctima, la persona que tiene VIH es mirada como culpable y eso está cruzado por el rechazo social a

todo lo que rodea a la condición de tener VIH. Hay avances, pero no los suficientes” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“porque tiene una connotación muy importante en la forma de contagio, no sólo implica, al contagiarse del VIH uno se pone en tela de juicio las conductas o el estilo de vida de las personas, no es lo mismo que uno tenga el colesterol alto sea fumador, esté con sobrepeso, no haga ejercicio, tenga un infarto a que estoy hablando de un hombre en este caso, a que el mismo hombre tenga sexo con otro hombre y se contagie el VIH, son dos connotaciones diferentes, entonces entran en juego todos los prejuicios a cerca de la conducta sexual” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Tabla 33: Representación del problema para el Marco Interpretativo 3:

Representación del problema	Dimensión simbólica
Discriminación y estigma que lo rodea al VIH/SIDA	Trasciende a los distintos marcos interpretativos identificados en la política pública ya que incide en muchas dimensiones y dificulta el accionar de la política pública.
Atribución de causalidad	
Influencia de la discriminación en el acceso a las prestaciones de salud y a los tratamientos para el control del VIH/SIDA	Por situaciones de discriminación las personas no acuden a los centros de salud para hacerse el examen o para comenzar los tratamientos

Causalidad 1: Influencia de la discriminación en el acceso a las prestaciones de salud

No se está llegando a toda la población afectada, por lo que no todos ellos pueden disfrutar de estos buenos resultados de los tratamientos. Esto es dado principalmente por la discriminación que enfrentan en los distintos centros de salud

“no vamos a los centros médicos porque trabajamos de noche y en el día hay que ir muy temprano a los establecimientos de salud y que muchas no se atienden por la discriminación que se vive en los centros de salud” (Presidenta Sindicato Nacional Independiente de Trabajadoras Sexuales Travestis, Transgéneras y Otras Amanda Jofré)

“Las características de la epidemia en Chile lo siguen demostrando quienes más se afectan son justamente personas que están alejadas de los servicios de salud, que están estigmatizadas justamente porque son poblaciones de hombres gay, son poblaciones transgéneras, fundamentalmente trans femeninas, que son discriminadas, estigmatizadas que sufren mucha violencia que hacen que sean mucho más vulnerables a problemas de salud como este” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

3.3.2. Marco de Pronóstico “Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”

1. Política de Estado

La política pública de VIH/SIDA debe ser una política de Estado, que tenga continuidad y que no se vea afectada por los vaivenes políticos.

“debiera ser una política de Estado más que de gobierno porque en el fondo que sea pensada como política de estado, significa que independiente de cual sea el color político del gobierno se mantengan los estándares y las exigencias y eso no ha sido así” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

"lo que falta acá es que este tema sea mirado como una responsabilidad de Estado más que una responsabilidad como Ministerio de Salud, que trascienda a los gobiernos de turno y que se mantenga en el tiempo" (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Tabla 34: Idea de solución para el Marco Interpretativo 3:

Idea de Solución	Dimensión simbólica
Política de Estado	Asegurar la continuidad de la política
Atribución de causalidad	
Encontrar puntos comunes con otros sectores	que sea un trabajo en conjunto con todos los sectores o tendencias políticas

Causalidad 1: Encontrar puntos comunes con otros sectores

Para llevar a cabo esto se considera que se deben encontrar puntos en común entre los distintos sectores políticos y de esta manera realizar un trabajo en conjunto.

“seguir adelante en una agenda corta, en una agenda que se pudiera encontrar puntos en común tanto con la derecha o con izquierda con centro y donde nosotros pudiéramos avanzar y no estuviéramos tan sujetos a la autoridad de turno” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

2. Otros sectores, aparte de salud, asumen la responsabilidad en materia de VIH/SIDA

Es necesario asumir que el VIH/SIDA, aparte de ser un problema de salud, es un problema social y cultural, por lo que muchos otros actores de la sociedad deben involucrarse en el debate político y en las acciones de la política

Tabla 35: Idea de solución para el Marco Interpretativo 3:

Idea de Solución	Dimensión simbólica
Otros sectores, aparte de salud, asumen la responsabilidad en materia de VIH/SIDA	asumir que el VIH/SIDA, aparte de ser un problema de salud, es un problema social y cultural
Atribución de causalidad	
Intersectorialidad	El Estado debe convocar otros actores
Educación debe asumir responsabilidades	Con educación se puede hacer más extensivo el conocimiento sobre VIH

Causalidad 1: Intersectorialidad

Es necesario que sectores públicos como privados sean parte activa de la política. Es aquí donde el Estado tiene la facultad de convocar a los otros sectores.

“falta involucrar, porque esto no es tarea del sector salud solamente, esto es un trabajo intersectorial y yo creo que una de las cosas que ha faltado en el trabajo en VIH es el trabajo intersectorial” (Encargada Programa VIH/SDA SSMS)

“yo diría que esta es una política pública que debiera ser transversalizada en todos los sectores de gobierno y, además, no solo en los sectores de gobierno también en el sector privado” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“tema de Estado, a nivel no solo del Ministerio de Salud, sino también se incorporara, mínimamente el Ministerio de Educación, mínimamente el Ministerio ahora de la mujer, y cualquier otro Ministerio que tenga competencias porque es un tema muy transversal, creo que lo difícil y lo complejo que hace abordar el tema del VIH/SIDA” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

Causalidad 2: Educación debe asumir responsabilidades

Educación aparece como un actor fundamental el cual debe desarrollar acciones para educar acerca de VIH/SIDA e insertar dentro de los currículos escolares la temática, lo cual debe ser transversal a todos los establecimientos educacionales.

“el Estado que exija que el Ministerio de Educación tenga educación sexual para que podamos hacer prevención, mientras no tengamos una educación sexual seria, verdadera eficaz, no vamos a tener una prevención eficaz.” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

“Chile está al debe en términos de educación sexual, creo que si damos ese paso es relevante, o sea hoy en día no existen programas de educación sexual insertos en los currículos escolares de la formación de nuestros niños y adolescentes y si tenemos ese logro estamos saldando una deuda con

nuestros niños adolescentes y jóvenes y que podríamos tener mayores impactos en el tema del VIH” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

3. De Enfoque top down a un enfoque Enfoque bottom-up

La población directamente afectada por la política y quienes la implementan son actores que deben estar presentes en el debate y deben incidir en la toma de decisiones. No debe haber centralismo en la toma de decisiones ya que las principales acciones de la política se desarrollan a nivel local.

Tabla 36: Idea de solución para el Marco Interpretativo 3:

Idea de Solución	Dimensión simbólica
De Enfoque top down a un enfoque bottom-up	No debe haber centralismo en las decisiones ya que las principales acciones de la política se desarrollan a nivel local
Atribución de causalidad	
La participación social debe ser vinculante	Para lograr una participación efectiva debe ser una obligación tomar en cuenta a las organizaciones sociales para la toma de decisiones
Hacer partícipe a los actores que implementan la política pública en el debate	Los actores que se ubican en este nivel deben ser escuchados para que existan incoherencias entre el diseño de la política y su implementación.

Causalidad 1: La participación social debe ser vinculante

La participación ciudadana en este sentido debiera ser vinculante, para tener una participación efectiva de las organizaciones sociales en las decisiones de la política pública.

Así también se debería considerar financiar a las organizaciones sociales que trabajan en temáticas de VIH/SIDA ya que son ellas la que realizan gran parte del trabajo de prevención.

“El tema de la participación ciudadana en la política, la ley 20.500 no es vinculante, siento que están desfasados en la información acerca del tema y requiere una actualización y deben considerar a agrupaciones, el estado tiene el deber de integrar en sus políticas como una acción social, así como se financian los partidos políticos, deberían financiar las organizaciones sociales, las que podrían insumar al estado con datos que no tienen” (Representante Fundación SAVIA)

“una real participación de la sociedad civil, que en el fondo son los que están llegando a un objetivo que es donde está concentrada la epidemia en Chile, porque en Chile no es una epidemia heterosexuada, no, está bien concentrada y son las organizaciones de la sociedad civil las que llegan a esas poblaciones, no nosotros como salud, participación real desde mi perspectiva tiene que ver con una participación vinculante” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

Causalidad 2: Participación de actores de niveles técnicos en el debate de la política pública

Dado que la política pública se desarrolla en el ámbito local, que es donde se implementan las acciones, los actores que se ubican en este nivel deben ser escuchados desde el nivel central en la configuración de la política. Asimismo, para que no existan distorsiones en la política, los objetivos de la política pública deben estar claros para todos los involucrados.

“lo que se hace la mayoría de las veces es a través de directrices y de instrucciones, o sea la implementación se instruye dado que el rol de este programa y por la ubicación que tiene este programa que está en una subsecretaría que es reguladora y rectora y monitorea es una instancia que debe evaluar y monitorear, la política pública” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

4. Abordaje las temáticas de discriminación y estigma en la política pública

Se debe abordar la discriminación por VIH/SIDA con el fin de evitar situaciones de discriminación y miedo de parte de los usuarios a la hora de tomarse un examen o acudir a los centros de salud por tratamiento. Así también para evitar sesgos valóricos en la prevención del VIH

Tabla 37: Idea de solución para el Marco Interpretativo 3:

Idea de Solución	Dimensión simbólica
Abordaje las temáticas de discriminación y estigma en la política pública	Eliminar la desconfianza de los usuarios de acercarse a los establecimientos de salud
Atribución de causalidad	
Abordar los prejuicios sobre quienes viven con VIH	Cuestionamientos a las conductas sexuales de las personas
Fomentar el lenguaje técnico para evitar la discriminación	Los términos que se emplean para hablar de VIH dependiendo de cuáles y como se usen fomentan la discriminación

Trabajar con la prensa con el fin de disminuir el morbo y los estereotipos hacia las personas que viven con VIH	Desde la irrupción del VIH hasta la actualidad la prensa ha jugado un papel importante para presentar al VIH a la opinión pública
Actualización de la ley del SIDA	La ley no se cumple en instancias como: trabajo, atención en salud, privacidad respecto del examen, entre otras.

Causalidad 1: Abordar los prejuicios sobre quienes viven con VIH

La sexualidad de las personas que viven con VIH es sometida a juicio por temas valóricos y se cuestionan las conductas sexuales de las personas

“hay muchas personas que le viene como anillo al dedo este tipo de enfermedad, que suena como un ejemplo del pecado, un ejemplo del camino perdido, en donde ellos venden sus productos, en donde ellos venden sus ideas, y a ellos les acomoda este caos, le acomoda esta sensación de miedo de las personas y sobretodo de culpa” (Representante CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo)

“porque tiene una connotación muy importante en la forma de contagio, no sólo implica, al contagiarse del VIH uno se pone en tela de juicio las conductas o el estilo de vida de las personas, no es lo mismo que uno tenga el colesterol alto sea fumador, esté con sobrepeso, no haga ejercicio, tenga un infarto a que estoy hablando de un hombre en este caso, a que el mismo hombre tenga sexo con otro hombre y se contagie el VIH, son dos connotaciones diferentes, entonces entran en juego todos los prejuicios a cerca de la conducta sexual” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Causalidad 2: Fomentar el lenguaje técnico para evitar la discriminación

Desde sus inicios, la terminología que rodea el VIH/SIDA es de suma importancia porque dependiendo de cómo y cuáles sean los términos que se usen, se puede estar fomentando la discriminación y el estigma hacia las personas que viven con VIH. En este sentido se ha hecho un esfuerzo especialmente de los organismos internacionales de fomentar una terminología técnica para hablar de VIH, de esta manera mejorar el trato hacia las personas. La política Pública actual de VIH/SIDA en Chile es muy rigurosa en la aplicación de esta terminología. Sin embargo, la aplicación de estos términos técnicos no ha llegado a la población general y los términos discriminatorios se siguen usando en distintos contextos.

"Es coloquial tomándonos un trago los usamos, lo vamos a usar en la micro, también si nos enojamos con alguien, ya, o sea, no es ajeno, una pelea a la salida de una disco, entre dos cabros y uno le grita al otro en la calle eres un sidoso de mierda, se usa peyorativamente también para pelear, pero también se usa en forma de chiste por desconocimiento se quedaron ahí, se quedaron

instalado en el coco” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

Causalidad 5: Trabajar con la prensa con el fin de disminuir el morbo y los estereotipos hacia las personas que viven con VIH

Los primeros titulares de la prensa que hablaban de VIH/SIDA eran muy alarmistas, hablaban desde el desconocimiento y fomentaban el morbo en la población, hoy día es poco el cambio que se observa desde la prensa, a pesar que no se usan los titulares alarmistas de la primera época del VIH, existe la sensación de que solo se busca mostrar a los enfermos y sus problemas personales, pero no se habla de la política pública.

“Aún existe el morbo en la prensa hacia las personas que tienen VIH, la prensa se presta para el morbo y en realidad nunca se ha preocupado del tema, hoy en día esta instaurado el querer ver a los enfermos” (Representante Fundación SAVIA)

“hay los mismos mitos en las respuestas, gente que no tiene información fidedigna, que cree por ejemplo que se transmite el VIH por la picadura de mosquito, está en la mente de la gente y hay un tratamiento de la prensa le sigue dando esa morbosidad, por rating” (Representante Fundación SAVIA)

Causalidad 6: Actualización de la ley del SIDA

La promulgación de una ley específica, conocida como la ley del SIDA, se encuentra entre los hitos más importantes sobre VIH/SIDA en Chile. Esto sin duda generó cambios importantes, sin embargo, existe aún desconocimiento de esta ley: en el ámbito laboral, en la atención en salud, en la confidencialidad, entre otros aspectos.

“la Ley del SIDA cuando fue hecha fue una Ley muy buena, bastante progresista para su época, pero han pasado muchos años y no se ha reformado y quedó tan absurda de que el examen, bueno ahora se cambió de información la palabra consejería pero es con consentimiento, pero para las Fuerzas Armadas y de Orden, no entonces ahí igual hay una gran discriminación ¿por qué les tienen que pedir el VIH a la gente que entra a las Fuerzas Armadas y de Orden? y no sólo eso sino que también implica a Gendarmería, la gente que trabaje para cualquier cosa de CAPREDENA, son un montón de reparticiones que son de otra Ley entonces, igual quedó rara la Ley yo encuentro que esa Ley habría que cambiarla” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“la ley del SIDA hay que actualizarla, está un poco antigua en algunos temas en particular, por ejemplo, la sociedad ha ido avanzando, la iniciación sexual es entre los 14 y los 15 y resulta que la ley del SIDA a un menor de 18 años te exige que tu padre o tu madre sea el que firme tu consentimiento informado, sin embargo, la ley de responsabilidad penal a los 16 años ya que te pueden meter

preso, son esas incoherencias en las que yo confirmo” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

En el mundo laboral no ha disminuido la discriminación hacia las personas que viven con VIH, aunque por ley a una persona no la pueden despedir, siempre existen circunstancias que alteran la situación laboral de las personas que viven con VIH, lo que generalmente ocurre por desconocimiento de la ley, de las personas que viven con VIH y de sus empleadores.

“en el mundo laboral no ha disminuido, de hecho yo aún no me atrevo a poner la palabra VIH en una licencia, porque aunque ahora las licencias van con un papel que es autoadhesivo aun he tenido el caso de pacientes que son despedidos luego de saberse sus diagnóstico y además si es que no son despedidos como que los jefes entre comillas chantajea: yo no le cuento a nadie que tú eres VIH, no te quito la pega pero quédate a hacer horas extras haz este turno que nadie quiere cubrir etc. etc. yo creo que todavía en el ambiente laboral es muy complicado” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

3.4. Identificación de Conflictos y Convergencias entre Marcos Interpretativos

Conflictos entre marcos

En análisis *polícy frame* se identificaron tres conflictos entre marcos: el primero involucra a los tres marcos interpretativos identificados en el análisis, el segundo conflicto se observa entre elementos el marco principal y el marco alternativo y el tercero es un conflicto entre elementos del marco secundario y el marco alternativo.

Tabla 38: Identificación de Conflictos entre Marcos:

Conflicto 1: “Solución al Problema del VIH/SIDA”
Marco principal: “Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”
La solución al problema del VIH/SIDA se logra mediante la medicación de los afectados
En conflicto con el marco secundario: “Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”
La solución al problema del VIH/SIDA se logra fomentando la prevención del VIH
En conflicto con el marco alternativo: “Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”
La solución del problema del VIH/SIDA se consigue mediante un equilibrio entre los esfuerzos para prevenir y controlar el VIH/SIDA

Conflicto 2: Terminología para fomentar la no discriminación versus terminología clínica
Marco Alternativo: “Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”
Hay que fomentar la terminología preferida de ONUSIDA porque con ella se logra disminuir la discriminación a todo lo que rodea al VIH/SIDA
En conflicto con el marco principal: “Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”
La terminología de ONUSIDA no es aceptada por los profesionales de la salud ya que hace que los usuarios no asuman riesgo
Conflicto 3: Focalización de las acciones preventivas
Marco alternativo: “Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”
Las acciones preventivas deben estar dirigidas a toda la población por que todas las personas tienen riesgo de adquirir VIH
En conflicto con el marco secundario: “Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”
Las acciones preventivas deben focalizarse en poblaciones donde la epidemia se encuentra más concentrada

A continuación, se hace una descripción detalladas de los conflictos identificados entre los marcos interpretativos.

Conflicto 1: Solución al Problema del VIH/SIDA

Este conflicto se deriva del marco principal **“Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”** el cual enfatiza en que la solución al problema del VIH y el SIDA se logra mediante la medicación de los afectados. Este marco entra en conflicto con la idea de solución del marco secundario **“Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”** el cual señala que la solución al problema del VIH/SIDA se logra fomentando la prevención del VIH, pero, los mayores esfuerzos están puestos en las acciones curativas y las acciones preventivas pasan a segundo término. Finalmente existe un segundo conflicto con el marco alternativo **“Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”**, en el que se señala que la

solución al VIH es lograr un equilibrio político, estratégico y financiero entre las acciones curativas y preventivas del VIH/SIDA.

“aquí no hay que dejar de invertir en diagnosticar y tratar, sino que hay que hacer un equilibrio mayor con todo lo que sea política o estrategia para evitar que na persona adquiera el VIH deberá ver un equilibrio mayor que también es un equilibrio en términos financieros” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

“pero lo que buscamos es un equilibrio, no dejar de pensar que lo ideal es que las personas estén sanas y así como uno promueve la actividad física, la alimentación saludable, el tema de no al tabaquismo, el tema del auto cuidado y a sexualidad sana es otro problema y diría que no se ha tomado de la misma fuerza” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Conflicto 2: Terminología para fomentar la no discriminación versus terminología clínica

Este conflicto se deriva de uno de los elementos del marco alternativo **“Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”**, en el que se señala que una buena estrategia para fomentar la no discriminación es aplicar la terminología instaurada por ONUSIDA referente a todo lo que rodea al VIH. Es lo que ocurre con el término “portador del SIDA” o “Infectado” que según estas recomendaciones debe cambiarse a Persona viviendo con VIH

“por ejemplo, que pierdes tú con decirle portador a una persona viviendo con VIH un poco más largo, incluso hay personas que dicen que el uso de un lenguaje sutil es lo que genera que aumente el VIH y nada que ver una cosa con la otra” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

“es distinto a decir un portador ya que se mira como un contagiador, a decir una persona viviendo con el VIH eso lo humaniza y lleva a una mejor mirada de la sociedad” (Funcionario Nivel técnico Ministerio de Salud 1)

Sin embargo, desde el marco principal **“Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”** se tiene la visión de que esta terminología recomendada por ONUSIDA no ayuda a la no discriminación, sino que hace que los usuarios no asuman riesgos respecto de su condición. A demás altera el lenguaje técnico usado por los profesionales de la salud en los procesos clínicos.

“No, yo creo que portador no fomenta la discriminación, Yo creo que portador disminuye el riesgo porque la gente piensa no soy portador no estoy enfermo no contagio y contagias” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“en todas las enfermedades infecciosas se hablan de infectados o no infectados en el VIH por el lobby de las organizaciones sociales que esa es la parte mala que tuvo; se dejó de hablar personas infectadas con VIH, pero se ya se empezó

a hablar de personas viviendo con VIH, nadie vive con Tuberculosis, nadie vive con Tifoidea, nadie vive con Malaria entonces por qué viviendo con VIH” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Conflicto 3: Focalización de las acciones preventivas

Este conflicto se deriva de uno de los elementos del marco alternativo **“Prevención y control del VIH/SIDA mediante una política de Estado intersectorial, con participación ciudadana que aborde la discriminación por VIH/SIDA”** en el que se señala que las acciones preventivas deben estar dirigidas a toda la población por que todas las personas tienen riesgo de adquirir VIH.

“las campañas de prevención han sido malas siguen situando la epidemia en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres, que son el grupo más vulnerables donde la epidemia está más concentrada, no son los únicos, la gran mayoría de los pacientes que llegan tarde son hombres heterosexuales que jamás han pensado que podían tener el VIH porque ellos son heterosexuales” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

“claro ahora las campañas han sido dirigidas a las poblaciones de la epidemia concentrada entonces en el fondo yo creo que debería haber una campaña como más masiva para que toda la gente se sintiera identificada con el uso del preservativo, porque toda la gente que sale haciendo la propaganda del preservativo es de un grupo x entonces la gente dice no yo no soy de ese grupo no lo uso” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

Sin embargo, desde el marco secundario **“Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”** se tiene la visión de que las acciones preventivas deben focalizarse en poblaciones donde la epidemia se encuentra más concentrada para tener reales efectos.

“todas las recomendaciones internacionales para epidemias concentradas que es la que nosotros tenemos, dicen que si tu pones el esfuerzo fuertemente marcado en términos de estrategias y financiamiento en las poblaciones más afectadas tu logras controlar la epidemia y evitar que esta epidemia se expanda a ser una epidemia generalizada” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

Convergencias entre marcos

En análisis *policy frame* se identificaron puntos en común entre los marcos interpretativos Dominante y Secundario que se detallan a continuación

Convergencia 1: Importancia de la Participación Social

El primer punto en común es referente a la importancia de la participación social, este elemento se repite en ambos marcos. En el marco principal hace referencia al tratamiento

“en el tratamiento no hay duda que fue gracias a ellos, si no se hubieran encadenado desnudos no hubiera pasado nada porque gracias a toda la participación ciudadana que se lograron las terapias sino no se hubiera logrado

yo creo que seguiríamos con un debe en cobertura” (Jefa de Inmunología VIH, Complejo Hospitalario San José)

y en el marco secundario, sobre la prevención del VIH en poblaciones claves.

"Yo a la gente siempre le cuento, aquí no tendríamos organizaciones homosexuales si no fuera por el VIH, lo logramos, comenzar a través del VIH como organización homosexual, de hecho, nosotros nacimos como organización que trabajaba en prevención del VIH, salimos del closet recién el año 2010" (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA).

Convergencia 2: Discriminación y Estigma por VIH/SIDA

La segunda convergencia tiene que ver con la discriminación y el estigma. En el marco principal representa un elemento obstaculizador para el acceso a tratamiento y a las prestaciones de salud por parte de los afectados

“habiendo buenas medidas biomédicas nos falta que la población probablemente más afectada todavía tenga este temor de acercarse a salud, por el contrario, se aleja de salud no accede a los servicios que están disponibles por tanto hay falta de diagnóstico hay falta de tratamiento de esas personas teniendo disponibles todo ese servicio” (Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS)

y para el marco secundario representa la presencia de prejuicios en la política pública que afectan directamente el mensaje de prevención.

“La epidemia en Chile es homosexual, pero para no hablar de homosexualidad, porque le duele el lomo, o les molesta por religión o lo que sea, entonces mejor lo feminiza” (Representante Corporación Chilena de Prevención del SIDA)

Tabla 39: Identificación de Convergencias entre Marcos:

Convergencia	Marco interpretativo	Dimensión simbólica
Importancia de la participación social	Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud	Tratamiento universal y acciones para la adherencia a los tratamientos
	Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas	Prevención del VIH en poblaciones claves
Discriminación	Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las	Acceso al tratamiento y a las prestaciones de salud

y estigma	prestaciones de salud	
	Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas	Focalización de las acciones preventivas, juicios valóricos en la política pública

3.5. Identificación de Cambios en los Marcos Interpretativos

En análisis *policy frame* se identificaron cambios en los marcos interpretativos ocasionados por la evolución del VIH/SIDA en el transcurso de la política pública.

Tabla 40: Identificación de cambios en los marcos interpretativos

Cambios en los marcos interpretativos
Marco Principal: “Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud
Efectividad y acceso a los medicamentos antiretrovirales
Disminución de la transmisión vertical
Marco secundario: “Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas”
Discurso del condón como único método de prevención del VIH
Aparición del condón femenino como otra alternativa de prevención del VIH

A continuación, se hace una descripción detallada de los cambios identificados en los marcos interpretativos

En el Marco Principal: **“Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”** los cambios identificados tienen que ver con cambios en los significados de los conceptos.

1. El primero se refiere a la **efectividad y acceso a los medicamentos antiretrovirales**, ya que desde la irrupción del VIH/SIDA hasta la aparición de medicamentos efectivos pasaron aproximadamente quince años, en los que los pacientes tenían mínimas alternativas de medicación. Luego de su aparición y comprobar su efectividad tuvieron que pasar casi diez años, en Chile para que existiera disposición gratuita para todos los afectados. Lo que sin duda detono en un cambio profundo en el marco interpretativo.
2. El segundo se refiere a la **disminución de la transmisión vertical**, ya que gracias a los procedimientos relativos al control del embarazo se ha disminuido considerablemente la transmisión del VIH de la madre a su hijo durante la

gestación, parto o lactancia. Lo que significa que el SIDA pediátrico tiende a desaparecer en Chile

En el Marco Secundario: “**Énfasis en la prevención del VIH mediante acciones educativas, comunitarias y participativas**” los cambios identificados tienen que ver con cambios en los significados de los conceptos.

1. El primero se refiere a la consolidación del discurso del **condón como único método de prevención del VIH**. En la historia de la política pública distintos han sido los mensajes de prevención, pero con la experiencia adquirida se determinó promover que la única alternativa segura para prevenir el VIH es el uso consistente del condón.
2. El Segundo se refiere a **aparición del condón femenino como otra alternativa de prevención del VIH**. Hace algún tiempo se instauró la idea de implementar el condón femenino en Chile para que esté disponible para todas las mujeres en los distintos espacios y de esta manera contar con otra alternativa para la prevención del VIH.

CAPITULO 4. CONCLUSIONES

4.1. Conclusiones Generales

El VIH/SIDA es un problema público de múltiples interpretaciones y significados, los que se conjugan en la configuración de política pública, por lo cual la pregunta que guía esta investigación **¿Cuáles son los marcos interpretativos explícitos e implícitos en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile?**, plantea la interrogante de cómo los distintos marcos interpretativos afectan el diseño y la implementación de la política.

El objetivo general formulado propone **analizar los marcos interpretativos en la política pública de Prevención y control del VIH/SIDA en Chile, a partir del discurso de los actores socio-políticos** y de acuerdo a los resultados arrojados en la investigación se pudieron identificar tres marcos interpretativos: el principal o dominante que refiere a que la política pública de VIH/SIDA esta principalmente orientada a las acciones curativas y farmacológicas para enfrentar el problema, un segundo marco secundario o complementario que refiere que para solucionar el problema la alternativa es prevenirlo y un tercer Marco alternativo que es una propuesta de política en la que se invita a conformar una política de Estado, con participación de otros actores, aparte del Ministerio de Salud.

En el primer objetivo específico de la investigación se propone **analizar los marcos interpretativos de diagnóstico y pronóstico en la política de prevención y control del VIH/SIDA en Chile**, lo cual se llevó a cabo analizando de forma particular los tres marcos interpretativos identificados con lo que se concluye que:

Para el marco principal: El marco de diagnóstico señala que el problema principal son las muertes por enfermedades asociadas al SIDA, debido a las distintas dificultades para lograr la efectividad de los tratamientos (como la adherencia) y el acceso al tratamiento dado que por diferentes situaciones no todos los afectados están recibiendo medicación. El marco de pronóstico plantea que la forma de tratar el problema es mediante la medicación y mejoramiento de las prestaciones de salud.

Para el Marco Secundario: El marco de diagnóstico señala que el problema principal es que sigue habiendo nuevos casos de VIH, mayormente por desinformación y poca sensibilización ante el problema del VIH/SIDA por parte de la población chilena. El marco de pronóstico plantea que la forma de tratar el problema es mediante acciones de prevención del VIH, dirigidos especialmente a poblaciones donde la enfermedad se encuentra concentrada, esto es población homosexual y población transgénero femenina.

Para el Marco alternativo: El marco de diagnóstico señala que el problema principal es que no hay continuidad en la política porque se ve afectada por los movimientos políticos y que se sigue viendo el problema como si solo fuera sanitario. El marco de pronóstico plantea que la forma de tratar el problema es mediante una política de Estado, donde se convoquen a otros actores que deben asumir responsabilidad en la resolución del problema y otros problemas asociados al VIH, como la discriminación.

En el segundo objetivo específico de la investigación se propone **analizar los marcos interpretativos dominantes y en conflicto a partir de los discursos de los actores socio-políticos en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile del VIH/SIDA en Chile**, para lo que se concluye que:

Marcos Dominantes: Se determinó que el marco interpretativo dominante o principal es el denominado **“Abordaje del problema del VIH y el SIDA a través de la estrategia curativa de la medicación y las prestaciones de salud”** ya que esta representa la estructura discursiva predominante, dado que los mayores esfuerzos y el presupuesto de la política pública están orientados a las acciones de este marco interpretativo.

Marcos en Conflicto: Así mismo se identificaron los siguientes conflictos entre los marcos interpretativos: el primero de ellos parte del marco principal donde señala que la solución al problema es la medicación, entrando en conflicto con la posición del marco 2 que propone a la prevención como eje principal en la política pública, posiciones que igualmente entran en conflicto con lo propuesto en el marco 3 que señala que debe haber un equilibrio entre las acciones curativas y las de prevención para solucionar el problema.

Un segundo conflicto entre marcos parte del marco alternativo que señala que para evitar situaciones de discriminación se debe usar la terminología recomendada por ONUSIDA, lo cual entra en conflicto con elementos en el marco principal que señalado que aplicar esa terminología solo disminuye riesgos en las personas y compite con el lenguaje técnico usado por los profesionales de la salud en los procesos clínicos.

Un tercer conflicto identificado parte del marco secundario que refiere que las acciones de prevención deben focalizarse en las poblaciones más afectadas, sin embargo, en el marco alternativo se plantea que la prevención del VIH debe llegar a toda la población porque todos se encuentran en riesgo de adquirir el VIH.

En el tercer objetivo específico de la investigación se plantea **identificar la existencia de cambios en los marcos en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA Chile**. Lo cual se logró mediante el análisis y se concluye que:

Para el marco principal, la efectividad y el acceso a los tratamientos produce profundos cambios en el marco por la evolución que produjo en el problema público, las personas que adquieren VIH ya no están expuestas a una muerte inminente, sino que tienen amplia sobrevivencia.

Para el marco secundario, la propuesta del uso del condón como único método para la prevención del VIH, marca cambios profundos en el discurso de la prevención dejando de lado aspectos valóricos y conductuales.

4.2. Aportes y límites de la investigación

Aportes de la investigación

Los aportes de la investigación se sitúan esencialmente en tres ámbitos:

1. Se aporta al desarrollo de la investigación en políticas públicas desde una perspectiva que ha tenido escaso desarrollo en Chile, en que el análisis de las políticas públicas ha estado dominado por el mainstream económico y racionalista, no habiéndose desarrollado con suficientes estudios la línea de análisis constructivista en la cual se asienta el *policy frames analysis* utilizado en esta investigación
2. Se aporta con elaboración de datos y masa empírica al desarrollo de estudios de *policy frames analysis*, que han tenido poco desarrollo en Chile.
3. Se aporta al análisis de la política pública del VIH/SIDA, relevando los significados y visiones de los distintos actores sobre el diseño de ésta, identificando voces dominantes, alternativas y secundarias, permitiendo generar conocimiento sobre la diversidad que se expresa en la política y que tiene consecuencias en su efectividad.

Convergencias identificadas

Esta investigación, de carácter descriptivo, permitió establecer la existencia de marcos interpretativos diferentes que tensionan y limitan el impacto de la política pública, pues no existe consenso pleno con la estrategia diseñada para la política pública. Sin embargo, en la investigación se detectaron algunas convergencias como:

1. La necesidad de mayor vinculación con las organizaciones sociales que trabajan en la temática, ya sea para los objetivos de adherencia al tratamiento (desde la perspectiva médico-sanitaria), para la llegada antes de producirse la enfermedad (desde la perspectiva preventiva), o de participación social (desde la perspectiva comunitaria). Esto abre un camino para el diálogo entre los actores participantes de la política pública, con el fin de mejorar su diseño e implementación.
2. La necesidad de generar estrategias para combatir la discriminación y estigma hacia las personas que viven con VIH y hacia los grupos sociales donde se concentra la epidemia con el objetivo de mejorar el acceso a las prestaciones de salud (desde la perspectiva médico-sanitaria) y mejorar las acciones focalizadas (desde la perspectiva preventiva).

Limitaciones de la investigación

La presente investigación fue desarrollada de forma minuciosa tratando de abarcar la mayor parte de los aspectos que envuelve el problema y a la política pública de VIH/SIDA, sin embargo, existen limitaciones en la investigación que se pueden sintetizar de la siguiente manera:

1. Los actores que fueron entrevistados en la investigación representan solo una pequeña parte de los involucrados en la toma de decisiones. Son muchos más los actores que son parte del debate y que podrían haber complementado y reforzado muchas de las ideas señaladas.

2. Hay organismos estatales que cumplen tareas esenciales en la política pública de VIH/SIDA, especialmente en lo relativo al control de la enfermedad, como el Instituto de Salud Pública y el Fondo Nacional de Salud, por lo cual podrían haberse incluido a actores representantes de estos organismos entre los entrevistados, cuyos discursos posiblemente hubiesen aportado enormemente en la configuración del Marco interpretativo principal.
3. La sociedad civil juega un papel esencial en la política de VIH/SIDA, pero es muy variada y es difícil convocar a todos sus representantes. Para efectos de esta investigación no se consideró a los representantes de pueblos originarios y grupos de mujeres viviendo con VIH.
4. En VIH/SIDA existen leyes, normas, decretos, lineamientos y otros documentos oficiales de los cuales se pueden extraer los discurso explícitos e implícitos de sus autores, analizar estos documentos podría ayudar a trazar de mejor manera el contexto en las que se desarrollaron las distintas representaciones del problema, sin embargo, para efectos de esta investigación no se realizó análisis documental de textos oficiales.
5. El VIH/SIDA tiene distintas complejidades dependiendo de la población donde se manifieste, por lo cual es necesario abordar los discursos sobre como el problema y la política pública se manifiesta, por ejemplo, en personas privadas de libertad o en personas en situación de calle.

Propuestas para futuras líneas de investigación

1. Una propuesta es dar continuidad al estudio de la política pública de VIH/SIDA dadas las múltiples ventajas que podrían tener los estudios de políticas públicas de índole constructivista, como se puede relevar de las conclusiones de este estudio. Sería importante contar con estudios, de mayor tiempo y profundidad que pudieran ampliar el espectro de las visiones abordadas, considerando actores políticos, parlamentarios, religiosos, académicos y miembros de la sociedad civil.
2. Una segunda línea de investigación futura sería trabajar de forma diferenciada los casos a nivel de regiones, recogiendo las razones de variabilidad en el aumento del VIH/SIDA a nivel territorial y las divergencias/resistencias o convergencias entre los distintos actores hacia la política pública implementada.
3. Una tercera línea de investigación que surge se refiere a la necesidad de adentrarse en un conocimiento más profundo de la visión e interpretaciones de los propios afectados y de los grupos sociales donde se concentra la epidemia en Chile (personas viviendo con VIH, hombres gay y personas transgénero) sobre los procesos de estigmatización, dificultades de acceso a salud entre otros aspectos relevados en esta investigación, que permitirían mejorar el impacto de las actuales políticas y la adherencia al tratamiento en la población.

4.3. Recomendaciones para la política pública de prevención y control del VIH/SIDA

De acuerdo a los distintos hallazgos en la realización de la presente investigación se pueden hacer las siguientes recomendaciones para la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile:

Para la política pública en general:

- La política pública de VIH es una política de gobierno expuesta a vaivenes políticos que redundan en constantes cambios: en los énfasis de la política, en las representaciones del problema, en las acciones para la prevención, en el presupuesto y otros movimientos que hacen que no exista continuidad en las acciones. Por lo que se recomienda que el VIH/SIDA debiera abordarse como una política de Estado siguiendo una línea constante de intervención.
- Es necesario que más sectores se involucren en el problema, ya que el VIH/SIDA, aunque es un problema sanitario, también es social y cultural. El Ministerio de Salud, por tanto, no debiese ser el único actor que se lleve la responsabilidad, sino que deberían actuar otros actores junto a él en la resolución del problema. Es aquí donde el Estado tiene la facultad de convocar a los otros sectores.
- La política pública debe hacerse pensando en una realidad heterogénea y dinámica ya que la sociedad chilena es cambiante y diversa y no tiene un comportamiento uniforme. Existen diferencias por grupo etario, pertenencia a pueblos originarios, diversidad sexual, género, nacionalidad, geográfica y muchas otras. Por ende, la política pública debe pensarse para grupos y contextos diferentes.
- La ley 19.779 o ley del SIDA es una de las distinciones de la política pública chilena de VIH, sin embargo, desde su promulgación han pasado más de 15 años y desde ese entonces, la realidad social ha cambiado, por tanto, se hace necesario actualizarla y adecuarla a la realidad social actual.
- Lograr un equilibrio en la política pública en las acciones de prevención y control, que ambos enfoques estén interrelacionados y lograr una política integral y no dos políticas para un mismo problema, que es lo que existe actualmente.

Para la prevención del VIH:

- Las campañas de comunicación social deben desarrollarse de tal manera que sean integrales, que abarquen temas de prevención y de información a la población, dirigidas a distintos grupos etarios y a todas las personas, quizás con más énfasis en la población más afectada, pero lograr la población general se identifique con el mensaje. Finalmente, que esta campaña de comunicación social de prevención del VIH sea permanente, con adecuaciones a los cambios sociales.

- La desinformación de la población respecto del VIH es uno de los principales problemas que enfrenta la política pública, ya que por la desinformación se generan mitos que fomentan la discriminación y no se internalizan las prácticas de prevención, por tanto, se hace imprescindible que el sector educación asuma responsabilidad en el problema y que el VIH sea parte de la educación formal.
- Es necesario que todos los equipos de profesionales y los organismos participantes en la política pública dialoguen para llegar a acuerdos para que la prevención sea integral y responsabilidad de todos quienes hacen la política.

Para el control del VIH/SIDA

- Promover el testeo es una buena medida para llegar a los nuevos casos e iniciar tempranamente las acciones correspondientes al tratamiento. No obstante, existen muchas trabas a la hora de tomarse el examen en los servicios públicos y esto redundaría claramente en que los usuarios no acuden a los centros públicos de salud para este fin. Por tanto, se deben realizar acciones para eliminar las trabas y que todas las personas puedan tomarse el examen de manera fácil y rápida. Asimismo, estos cambios deben ir acompañados de un mejoramiento en la red asistencial para atender a esos posibles nuevos casos.
- Realizar acciones para fomentar la adherencia a los tratamientos de VIH/SIDA, tal vez campañas de comunicación social que informen sobre los tratamientos, los beneficios de la adherencia y los efectos secundarios de la medicación, no solo dirigida a las personas que viven con VIH sino al público general, de esta manera derribar mitos, sensibilizar a la población con la temática y fomentar la no discriminación.
- Es recomendable analizar la posibilidad de retomar la estrategia de consejería antes de la toma del examen y en la entrega del resultado de éste, considerada muy relevante a la hora de establecer riesgos en las personas, ya que, con la eliminación de esta actividad se está perdiendo un espacio importante para la prevención.
- Es necesario abordar el tema de la inmigración en la política pública, ya que en los últimos años han llegado muchas personas extranjeras que viven con VIH a Chile, en busca de atención de salud, de los cuales muchos son indocumentados, a los que en los distintos establecimientos de atención de salud no se les niega la atención y no suspenden sus tratamientos. Pero se hace necesario tener una política pública pensada a largo plazo y que esté adecuada a esta nueva realidad.
- Se recomienda poner esfuerzos en abaratar los costos de los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA, esto permitiría lograr un equilibrio entre prevención y control ya que, si más presupuesto es asignado a prevención, se pueden aumentar y mejorar las acciones de prevención del VIH/SIDA. De esta manera llegar a la población sana, disminuir los nuevos casos y que el gasto en medicamentación no siga aumentando.

BIBLIOGRAFÍA

- Baptista , P., Hernández, R., & Fernández , C. (1991). *Metodología de la Investigación*. Mexico: MCGRAW-HILL.
- Abela, J. A. (2001). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Recuperado el 17 de Junio de 2016, de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Afani, A. (2014). *Prevención, la Gran Deuda Pendiente*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2016, de Universidad de Chile: <http://web.uchile.cl/archivos/DIRCOM/Documentos/Revistas/Paracaidas2014-01/files/assets/common/downloads/page0015.pdf>
- Alburquerque, M., & Campero , G. (2014). Políticas Públicas conceptos Fundamentales. *Curso: Formulación y analisis de políticas públicas* . Santiago, Chile.
- Bustelo, M., & Lombardo, E. (2007). ¿Qué hay debajo de la alfombra de las políticas de igualdad? Un análisis de marcos interpretativos en España y en Europa. *Políticas de igualdad en España y en Europa. Afinando la mirada*, 11-35.
- Bustelo, M., & Lombardo, E. (2005). Mainstreaming de género y análisis de los diferentes Marcos Interpretativos de las políticas de Igualdad de Europa: el Proyecto MAGEEQ. *Aequalitas, Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 15-26.
- Bustos, R. (2010). Alza de status deja a Chile fuera del fondo global contra el SIDA. *La nación* .
- Cáseres, C. (2004). Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 1468-1485.
- Donoso, A. (2012). *Los rostros del VIH/SIDA en el Chile actual*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2016, de Fundación SAVIA: <http://www.fundacionsavia.cl/noticias/119#.WC-6uLJ97IV>
- Estrada, J. H. (2006). Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA.
- Fischer, F. (2003). *Reframing public policy. Discursive politics and deliberative practices*. Oxford: University Press.
- Fondo Mundial. (2016). <http://www.theglobalfund.org/es>. Recuperado el 15 de Diciembre de 2016, de <http://www.theglobalfund.org>: <http://www.theglobalfund.org/es/overview/>
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la Identidad deteriorada* . Madrid: Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis: An essay on the organization of experience (Foreword by Bennett Berger* . Boston: Northeastern University Press.
- Goffman, E. (2006). *Frame Analisis. Los Marcos de la experiencia* . Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas.
- Guzmán , V., & Salazar , R. (1992). *El género en el debate de las políticas públicas*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2015, de <http://www.sitiosur.cl/>.

- Ley N° 19.966. (3 de Septiembre de 2004).
- Lombardo, E. (2005). Desigualdad de género en la política: un análisis de los marcos. *VII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración.*, (págs. 60-65). Madrid.
- López, S. (2007). La comprensión de los problemas como artefactos sociales. Aportaciones del Análisis de los Marcos Interpretativos. *VIII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración.* Valencia.
- López, S. (2011). ¿Cuáles son los marcos interpretativos de la Violencia de género en España? Un análisis Constructivista. *Revista española de Ciencia política*, 11-30.
- Maluenda, J. (2014). *Análisis sobre conflictos y convergencias entre los Policy Frame sobre Reinserción Social de varones privados de libertad e Chile: período 2012-2013.* Concepción: Universidad de Concepción: Magister en Política y Gobierno.
- Mandal, A. (2014). *Historia del SIDA.* Recuperado el 18 de Noviembre de 2016, de <http://www.news-medical.net/>: [http://www.news-medical.net/health/History-of-AIDS-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/History-of-AIDS-(Spanish).aspx)
- Martin, M. P. (2012). *El cambio en el Sistema de Protección Social en Chile: un análisis de policy frames.* Recuperado el 26 de mayo de 2016, de Sociedad Chilena de Políticas Públicas: http://www.sociedadpoliticaspUBLICAS.cl/archivos/BLOQUET/Proteccion_y_Politica_Social/El_cambio_en_SistemaProteccionSocial.pdf
- Martin, M. P. (2013). ¿Nuevos rumbos en el Sistema de Protección Social? continuidades y cambios en Chile desde el policy Frames Analysis. El caso de Chile Solidario y la Reforma Previsional chilena periodo 2000-2010. *Tesis Doctoral.* Barcelona: Instituto de Gobierno y políticas Públicas. Universidad Autonoma de Barcelona.
- MINSAL. (1995). *Norma Sobre Exámenes Microbiológicos Obligatoriosa relizar a toda sangre donada para transfusiones y otros aspectos relacionados con la seguridad microbiológica de la Sangre.* Minsal.
- MINSAL. (2004). Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria.
- MINSAL. (2010). Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH.
- MINSAL. (2012). Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis.
- MINSAL. (2013). *Informe Nacional: evolución de la infección por VIH/SIDA 1984-2012.* Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINSAL. (2015). Conversemos sobre VIH/SIDA. Ministerio de Salud .
- MINSAL. (2016). *Resultados confirmación de infección por VIH en Chile, 2010 - 2015.* Instituto de Salud Pública.
- Muñoz, M. (2012). La prevención del VIH en Chile: Analisis de la Respuesta Regional Integrada de la Región de Valparaiso. *Tesis de Magister.* Santiago: Universidad de Chile.

- Oliva, D., Saavedra, C., & Viñas, A. (2009). Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿Por qué un problema? *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 113-120.
- OMS. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud .
- OMS. (2003). *La OMS en 60 años: cronología de los hitos de la salud pública* . Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2015). *VIH/SIDA datos y cifras*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2016, de <http://www.who.int/>: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- ONU. (2000). *Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas*. Recuperado el 8 de Diciembre de 2016, de <http://www.un.org/>: <http://www.un.org/es/development/devagenda/millennium.shtml>
- ONUSIDA. (2003). *Estigma y discriminación* .
- ONUSIDA. (2008). *Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2011). *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA*. ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2015). *Claves para entender el enfoque de acción acelerada: Poner fin a la epidemia de SIDA para 2030*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2015). *El SIDA en cifras*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2015). *Estimaciones sobre el VIH y el sida (2015)*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2016, de <http://www.unaids.org/>: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile>
- ONUSIDA. (Diciembre de 2016). *Mensaje del director Ejecutivo de onusida para el día mundial del SIDA*. Recuperado el 7 de Diciembre de 2016, de <http://www.unaids.org/>: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/november/WAD2016message>
- ONUSIDA. (2016). *Comunicado de prensa*. Recuperado el 24 de Noviembre de 2016, de www.unaids.org: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/november/20161121_PR_get-on-the-fast-track
- PNUD. (1 de Diciembre de 2015). *Situación y desafíos del VIH y los Derechos Humanos en los Pueblos Originarios*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: <http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/presscenter/articles/2015/12/01/situacion-y-desafios-del-vih-y-los-derechos-humanos-en-los-pueblos-originarios.html>
- Quintana, A. (2006). *Metodología de Investigación Científica Cualitativa*. Recuperado el 10 de Junio de 2016, de <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana.pdf>
- Recoder, M. L. (2011). *Experiencia de enfermedad y narrativa*. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural.

- Repetto, F., & Fernández, J. P. (2012). *Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: CIPPEC y UNICEF.
- Rodríguez, E., & García, N. (2006). Enfermedad y significación: Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. *Opción*, 22(50), 9-28.
- Rodríguez, N. (2011). Procesos de resignificación a partir del diagnóstico de VIH/SIDA. En C. H. (compiladora), *Etnografías de la Muerte*. Clacso.
- Rosas, A., & Gomes, M. (2008). Creencia en un Mundo Justo y Prejuicios: El Caso de los Homosexuales con VIH/SIDA. *Revista interamericana de Psicología*, 42(3), 570-579.
- Verloo, M. (2002). *Policy frames and implementation problems: the case of gender mainstreaming. Part B: Proposal Description of RTD Projects*. Obtenido de <http://www.mageeq.net>.
- Verloo, M., & Lombardo, E. (2007). Contested Gender Equality and Policy Variety in Europe: Introducing a Critical Frame Analysis Approach. En *Multiple Meanings of Gender Equality A Critical Frame Analysis of Gender Policies in Europe* (págs. 21-49). New York: Central European University.
- Weissbluth, M. (2008). *Sistemas Complejos y Gestión Pública*. Recuperado el 6 de julio de 2016, de <http://www.dii.uchile.cl: http://www.dii.uchile.cl/~ceges/publicaciones/99%20ceges%20MW.pdf>
- Wilson, G., & Wolff, M. (2012). Una década de terapia anti-retroviral: Perfil de pacientes con 10 años de triterapia de alta efectividad. *Revista Chilena de Infectología*, 337-343.
- Yanow, D. (1993). The Communication of Policy Meanings: Implementation as Interpretation and Text. *Policy Sciences*, 41-61.

ANEXOS

Se entrevistaron a 11 personas, cada una de ellas pertenecientes a entidades involucradas en distintas fases de la política pública y en distintos niveles de intervención.

Del Organismo Estatal

Los entrevistados corresponden a 5 funcionarios del Ministerio de Salud de ambas subsecretarías: Salud Pública y Redes Asistenciales, que desempeñan funciones claves en el desarrollo de la Política Pública de prevención y control del VIH en Chile, en niveles directivos y técnicos en distintos organismos del Ministerio de Salud.

El siguiente cuadro muestra el resumen de los actores entrevistados. No se hace referencia a los nombres de algunos de éstos ya que prefirieron ser reportados anónimamente.

Anexo 1: Entrevistados Organismo Estatal

Nivel de Intervención	Subsecretaría	Organismo de pertenencia	Función	Nombre
Directivo	Salud Pública	División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública	Jefa Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS	Edith Ortiz
Técnico	Salud Pública	Secretaría Regional Ministerial	Funcionario nivel técnico	-
Técnico	Salud Pública	Secretaría Regional Ministerial	Funcionario nivel técnico	-
Técnico	Redes Asistenciales	Servicio de Salud Metropolitano Sur	Encargada Programa VIH	Bernardita Fernández
Técnico	Redes Asistenciales	Complejo Hospitalario San José	Jefa de Inmunología VIH	Beatriz Marincovich

De la sociedad civil organizada

Los entrevistados corresponden a 6 personas, cada una de ellas perteneciente a distintas organizaciones vinculadas fuertemente en la política Pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile. Los actores seleccionados representan a colectividades como: personas viviendo con VIH, Hombres gay, personas transgénero, trabajadoras sexuales, grupos religiosos y población general.

El siguiente cuadro muestra a los distintos entrevistados y al grupo que representa cada uno.

Anexo 2: Entrevistados Sociedad Civil

Población Representada	Organización	Nombre
Personas Viviendo con VIH	CONVIHDA, perteneciente a la red Vivo Positivo: Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA	Manuel Jorquera
Hombres Gay	Corporación Chilena de Prevención del SIDA, Acción Gay	Jaime Lorca
Personas transgénero	Sindicato Nacional Independiente de Trabajadoras Sexuales Travestis, Transgéneras y Otras Amanda Jofré	Alejandra Soto
Trabajadoras Sexuales	Fundación Margen, Apoyo y Promoción de la Mujer	Herminda González
Grupos Religiosos	Pastoral Ecuménica de Acompañamiento a personas Que Viven Con VIH/SIDA	Carmen Molina
Población General	Fundación Savia	Marco Ruiz

Anexo 3: Pauta de entrevista

La presente entrevista se realiza en el marco de la realización de mi tesis para optar al grado académico de Magister en Gestión y Políticas Públicas, de la Universidad de Chile. Esta investigación es totalmente independiente de cualquier organismo público u organización involucrada en la temática estudiada y sus fines son netamente académicos, cuyos resultados solo serán presentados en la Universidad.

Este estudio servirá para aportar al conocimiento de la política de Prevención y control del VIH/SIDA, especialmente desde el punto de vista de los actores involucrados, directa e indirectamente en ella.

Preguntas

Básicamente la entrevista aborda 3 puntos: El problema y la solución, las situaciones de poder y los balances en la política pública y los cambios que se identifican en la política pública de prevención y control del VIH/SIDA.

Objetivo 1: Analizar los Marcos interpretativos de diagnóstico y pronóstico

- Si consideramos la situación del VIH/SIDA y la manera en que se ha abordado por parte del Estado ¿Cuál es el problema que se identifica? ¿Dónde y cuándo ocurre? ¿A su juicio, a quienes afecta este problema?
- ¿El VIH/SIDA es diferente a otros problemas de salud? ¿Qué tiene en común con otros problemas de salud que abordan las políticas públicas?
- ¿De quién es el problema del VIH/SIDA? ¿Cuáles son, a su juicio los responsables de este problema? ¿a quién identifican las políticas del VIH/SIDA como responsables de este problema?
- ¿Por qué ocurre este problema en Chile? ¿Quién o quienes tiene que resolver este problema?
- ¿Qué soluciones propone para resolver el problema del VIH/SIDA?
- Respecto a las políticas públicas desde el Estado ¿cuáles son a su juicio los principales logros y los principales déficits de las soluciones que se proponen para resolver este problema?
- ¿Qué soluciones le gustaría se propusieran y que no están hoy día recogidas en las políticas públicas?

Objetivo 2: Analizar Marcos interpretativos dominantes y en conflicto

- Al considerar la política pública sobre VIH/SIDA del gobierno ¿se han considerado todos los aspectos importantes? ¿Hay aspectos que deberían considerarse y otros dejarlos fuera?
- En la historia del VIH/SIDA en Chile se pueden identificar varios hitos, como la promulgación de una ley específica del VIH/SIDA, la inclusión del VIH/SIDA

en las garantías explícitas en Salud (o Plan AUGE) o la creación de normativas específicas referente a los protocolos de atención en Salud, ya sea para la prevención o el control del VIH/SIDA ¿cómo esto ha influido en la manera de ver y enfrentar el VIH/SIDA por parte de los gobiernos?

- ¿Cómo han influido los colores políticos de los gobiernos y de las distintas autoridades en la manera de ver y enfrentar el VIH/SIDA?
- ¿De qué forma han influido los movimientos sociales o la sociedad civil organizada en la manera de ver y enfrentar el VIH/SIDA?
- ¿Fue invitado a participar en el diseño de la política pública de prevención y control del VIH/SIDA? ¿Participó en reuniones del gobierno o en el congreso? ¿En estas instancias pudo expresar su punto de vista? ¿Qué organizaciones son más escuchadas por la autoridad? ¿qué discursos son más escuchados por la autoridad y porque ocurre esto?
- ¿En la implementación la política pública de prevención y control del VIH/SIDA su voz o la de su organización ha sido escuchada?
- ¿Ha participado en reuniones con el gobierno central o regional para discutir sobre la implementación de la política?

Objetivo 3: Identificar Cambios en los Marcos

- Son varios los años desde que se implementó la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile ¿Cuáles son los cambios que más se distinguen en ella?
- ¿Cuáles son los cambios en la prevención del VIH/SIDA?
- ¿Ha habido cambios en el trato hacia las personas que viven con VIH?
- Cuando se habla de VIH/SIDA hay varios términos que acentúan la discriminación y el estigma, ya sea por tener carga valórica o despectiva (términos como Portador, sidoso, personas de riesgo, promiscuidad, entre otros) ¿ha habido cambios en el uso de estos términos? ¿Quiénes aún los siguen utilizando y en qué contexto? ¿Por qué aún se siguen utilizando?