

Spring 2018

“Arica tiene VIH, ¿y tú?” El rol del test rápido de VIH en el diagnóstico oportuno para jóvenes de la comuna de Arica, Chile / "Arica has HIV, and you?" The role of the rapid HIV test in the timely diagnosis for young people in the district of Arica, Chile

Julia Zigman
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Community Health and Preventive Medicine Commons](#), [Family, Life Course, and Society Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), and the [Medicine and Health Commons](#)

Recommended Citation

Zigman, Julia, "“Arica tiene VIH, ¿y tú?” El rol del test rápido de VIH en el diagnóstico oportuno para jóvenes de la comuna de Arica, Chile / "Arica has HIV, and you?" The role of the rapid HIV test in the timely diagnosis for young people in the district of Arica, Chile" (2018). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2776.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2776

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

“Arica tiene VIH, ¿y tú?” El rol del test rápido de VIH en el diagnóstico oportuno para jóvenes de la comuna de Arica, Chile

Julia Zigman

Consejera: Roxana Gálvez

Director Académico: Daniel Poblete

SIT Arica, Chile: Primavera 2018

Abstract

Research question: How is the rapid HIV test useful in assuring access to timely diagnosis of HIV for young adults in the city of Arica, Chile?

Objectives: The primary objective of this study is to evaluate the rapid HIV test as a means of increasing access to timely diagnosis of HIV among those aged 18 – 29 in the community of Arica, which participated in a pilot of the rapid test in early 2018. The study sets out to evaluate the installation of this pilot to situate the role of the rapid test in Chile's HIV landscape. Further objectives include the characterization of the demand for the rapid test, the identification of key barriers to timely diagnosis of HIV among the specified risk population, and an understanding of how the rapid HIV test addresses these barriers. Finally, this study aims to make recommendations for future national policies.

Background: The incidence of HIV in Chile has risen dramatically in the last 10 years, and it is estimated that up to half of the 70,000 to 100,000 people living with HIV in Chile are not aware that they carry the virus. The region of Arica and Parinacota has the highest rate of HIV/AIDS in the country, especially among young adults. Until the end of 2017, only the ELISA test to diagnose HIV has been available within the public healthcare system. The ELISA can require up to three months to confirm, while the rapid test is considered less invasive and delivers preliminary results within 15 minutes. The national Ministry of Health approved a pilot of 8,000 rapid HIV tests in the family health centers of Arica in the beginning of 2018; however, there are currently no studies on its efficacy. A better understanding of the results of the pilot could improve the future implementation of the rapid test into the public healthcare system and target existing barriers to diagnosis.

Methodology: This study is comprised of 73 anonymous questionnaires by students of the University of Tarapacá and interviews with five experts involved in the pilot of the rapid test. It also uses ArcGIS to map the geographic access to the HIV exam in the city of Arica. The interviews were analyzed and compared by common themes. The surveys were analyzed quantitatively using Microsoft Excel. However, they do not represent a significant sample of the population and therefore represent the perceptions and experiences of respondents.

Results: The surveys demonstrated a mediocre knowledge of where the pilot of the rapid test was being conducted in the city. It further indicated that primary barriers to testing among young adults include time and low knowledge of the testing process. 47% of those surveyed had been tested for HIV at least once, 59% having realized rapid tests. The most rapid tests took place outside of the public health system. The expert interviews revealed an initial lack of proper guidance and human resources during the pilot. Overall, the professionals believed that the rapid test was an effective tool for timely diagnosis in Arica if paired with improved sexual education.

Reconocimientos

Me gustaría a dar gracias a mi consejera, Roxana Gálvez, por ser mi incansable fuente de asesoramiento e información, y conectarme a mis contactos para este estudio. Gracias también a todos de Casa SIT, especialmente a Daniel y Malva por proveyendo tantos recursos y por respondiendo a mis preguntas no importa la hora. Gracias a mi cómplice, Elizabeth Whidden, sin cuyas ideas brillantes y buenas ondas este proyecto no habría dejado el suelo. También quiero reconocer Hector del kiosco de impresor por seguirme a través de cada etapa de este estudio, y todos otros quienes participaron en mi investigación. Finalmente, muchas gracias a la familia Riveros Craford por darme la bienvenida en su hogar y corazones, y por su apoya constante durante mi tiempo en Arica. Este estudio no habría sido posible sin cada uno de ustedes.

Índice

1.	Introducción	1
2.	Objetivos	4
3.	Marco teórico	5
4.	Metodología	10
	Limitaciones	13
5.	Resultados	14
	5.1 Toma del test en CESFAM	14
	5.2 Mapa de GIS	15
	5.3 Encuesta estudiantil	17
	5.4 Entrevistas con profesionales	19
6.	Discusión	26
7.	Conclusiones	28
8.	Referencias	30
Anexo I	Recomendaciones basadas en el plan nacional de VIH	32
Anexo II	Perfil de entrevistados	33
Anexo III	Consentimientos informados	34
Anexo IV	Encuesta pública	37

1. Introducción

Chile ha logrado una etapa crítica en sus esfuerzos contra el VIH/SIDA. A pesar de su sistema muy desarrollado del acceso universal de tratamiento por el VIH, Chile se está retrocediendo en la cronología del VIH: aunque se considera la economía más avanzada en Latinoamérica, un reportaje recién de ONUSIDA indicó que Chile tiene la incidencia más alta desde 2010 en todo Latinoamérica, especialmente entre la población joven (Yáñez, 2017). Además, es estimada que 50% de las 100.000 personas viviendo con VIH en Chile no sabe su estatus viral (Ministerio de Salud anuncia primeros, 2018). En la comuna de Arica en particular, hombre entre las edades de 20 – 29 tiene una tasa de notificación más que 10 veces a la tasa nacional (Mamani, 2018). Hechos como este han inspirados campañas regionales para la pesquisa desde el año 2014, incluyendo uno con el eslogan, “Arica tiene VIH: ¿y tú te hiciste el examen?” (“Arica tiene VIH,” 2014)

Un método propuesto para aumentar la tasa de notificación es la implementación del test rápido de VIH, el que sale reactivo o no reactivo en 15 minutos. Un estudio preliminar señaló que jóvenes en Arica estarían más disponibles de realizar un examen del VIH si estuviera disponible el test rápido (Filby, 2014). Históricamente, sólo el test ELISA ha estado disponible en Chile, los resultados del que necesitan 2 -3 citas y más de un mes para confirmar. Según el Instituto de Salud Pública, hay un brecha gran y creciente entre exámenes reactivos y confirmados – una diferencia de casi 4,000 en 2017 (Donoso, 2018) – que significa que el test ELISA no fomenta retención suficiente en el proceso de control: Tratamiento solo es garantizada por Plan AUGE y la Ley de SIDA después de un examen confirmado por el Instituto de Salud Pública (Ministerio de Salud, 2013). La comuna de Arica ha avanzado en los últimos cinco años en detección precoz – mejor decir, antes del llegar a la etapa SIDA – que, según MINSAL, es “transcendental para el éxito del tratamiento.” No obstante, todavía hay espacio para mejorarse, y el test rápido podría fomentar la pesquisa precoz y regular.

Un piloto del test rápido fue implementado por MINSAL dentro de la atención primaria de salud (APS) de Arica en 2018 con un suministro de ocho mil exámenes. Están disponibles en los cinco Centros de Salud Familiares (CESFAM) de Arica y al Centro Comunitario Regional de

Información, Prevención y Apoyo a la Consejería en VIH/SIDA e ITS (CRIPAC), el único centro de su tipo en todo de Chile.

Sin embargo, según una entrevista informal con una matrona de la unidad de atención y control en salud sexual (UNACESS) de Arica, la demanda por el test rápido en los tres meses iniciales del piloto ha sido débil. Además, no hay evaluaciones comprensivas que describan los éxitos y desafíos del test rápido en el país. Un entendimiento mejor de los obstáculos de implementación del test en el servicio de salud y los conocimientos sobre el examen dentro de la población joven – la población al mayor riesgo del VIH in Chile – podría ayudar a MINSAL a desarrollar campañas más efectivas de anunciar el examen y mejorar su administración.

Mi investigación expuso a elaborar en el rol del test rápido en asegurar el acceso a diagnóstico oportuno para los jóvenes de Arica. Para realizar este, investigó el proceso de instalación del examen en Arica, caracterizando los actores involucrados en el diseño del piloto y la recepción del piloto entre ambas la población joven y la población de trabajadores de salud de la ciudad. Se usó una metodología mezclada de entrevistas con expertos en el campo del VIH y encuestas entre estudiantes en la comuna de Arica, Chile. Finalmente, se utilizó el software ArcGIS para mapear el panorama de diagnóstico en Arica, identificando las ubicaciones que ofrecen el test rápido para servir como una base de que se puede evaluar la oportunidad geográficamente de acceso. El estudio determinó conocimiento mediocre de los recursos de diagnóstico de VIH entre los estudiantes de UTA e identificó las barreras de tiempo y mal conocimiento de VIH como lo más común razones para no realizar el test de VIH. Además, se descubrió dificultades iniciales entre profesionales de salud al inicio del piloto debido a una falta de recursos humanos adecuados. En general, sin embargo, el piloto ha estado exitoso en fomentando demanda por el examen. En fin, el test rápido fue encontrado a ser útil en minimizar unas barreras al diagnóstico oportuno, pero no suficiente por su cuenta en abordar las barreras psicosociales que existen al testeo del VIH.

Acrónimos y abreviaturas

APS	Atención primaria de salud
CECOSF	
CESFAM	Centros de Salud Familiar
CRIPAC	Centro Comunitario Regional de Información, Prevención y Apoyo a la Consejería en VIH/SIDA e ITS
DISAM	Dirección de Salud Municipal
ELISA, test	Enzyme-linked immunosorbent assay; tipo no rápido del test de VIH usado en Chile
ISP	Instituto de Salud Pública
MINSAL	Ministerio de Salud
ONUSIDA	El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PVVH	Personas viviendo con el VIH
SEREMI de Salud	Secretaría Regional Ministerial de Salud
UNACCESS	Unidad de Atención y Control en Salud Sexual
UTA	Universidad de Tarapacá
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

2. Objetivos

Objetivo general:

Caracterizar el test rápido de VIH como medio asegurar el acceso a diagnóstico oportuno para los jóvenes de Arica.

Objetivos específicos:

1. Describir cómo se planeó y cómo se administra el piloto del test rápido en Arica.
2. Caracterizar la población de demanda potencial (i.e., grupos de riesgo) y la población que usa el test rápido.
3. Determinar unos éxitos y desafíos del piloto del test rápido y sugerir medios de mejorarse la instalación.
4. Crear un mapa de la disponibilidad del test rápido en Arica e identificar oportunidades para ofrecerlo.
5. Describir el acceso geográfico de grupos de riesgo al acceso a diagnóstico oportuno.

3. Marco Teórico

3.1 VIH en Chile

En los años recientes, Chile ha tenido un crecimiento alarmante en casos de VIH, con un aumento de 96% casos confirmados entre 2010 y 2017 (Ministerio de Salud anuncia primeros, 2018). La población entre 15 y 24 años comprende el mayor aumento. Según Figura 1, el aumento en casos no es por un aumento de exámenes realizados – de hecho, hay una brecha gran y creciente entre exámenes reactivos y exámenes confirmados (Donoso, 2018). Es estimada que los estimados 70 – 100 mil PVVH en Chile¹, hasta 50% no lo sabe ("Ministerio de Salud presenta Plan", 2018). Además, la epidemia en Chile es casi completamente sexual, y el uso consistente del condón en Chile se considera muy bajo (Salinas, 2015). Según el Ministro de Educación, “el 75% de las personas que se contagian, se contagian de una persona que no sabe que tiene el virus” (Salinas, 2015). Esto está muy lejos de cumplir la primera meta de las metas 90-90-90, un plan ambicioso

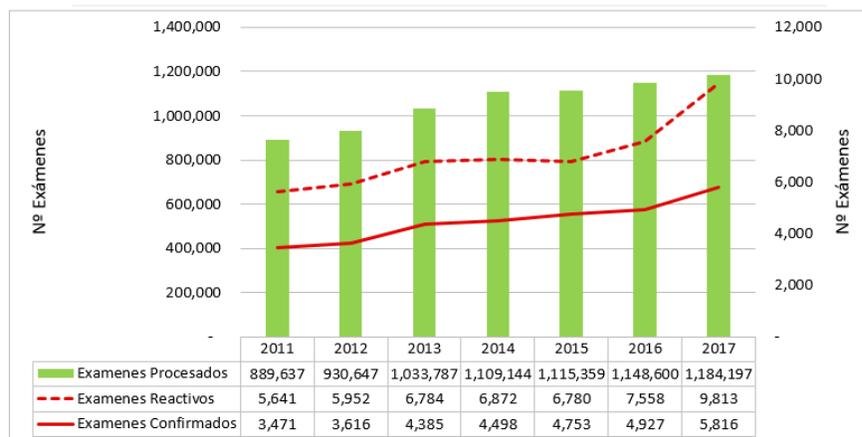


Figura 1. Exámenes /casos VIH procesados, reactivos y confirmados. Chile 2011-2017. Fuente: Registro Plataforma Informática de exámenes VIH realizados en sectores público y privado de salud. Instituto de Salud Pública.

de la organización ONUSIDA a lograr una generación sin SIDA. La primera meta fomenta que 90% de la población sepan su estatus viral por 2020, mientras las otras enfocan en tratamiento y supresión de la carga viral (ONUSIDA, 2014). El

plan se pretende a terminar la epidemia de SIDA para el año 2030.

3.2 VIH en Arica

Arica, Chile es una comuna ubicada en el norte extremo de Chile, bordeado por Perú y Bolivia. Tiene una población de 221.364, que comprende entre 1% y 2% de la población nacional. La tasa regional de notificación del VIH aumentó 21% entre 2016 y 2017, y en 2017 superó en 2,8

¹ MINSAL en abril anunció una estimación de casi 100 mil PLWH, pero usando el modelo Spectrum esta estimación fue revisado a ser 69.995 en 18 de mayo.

veces la tasa país (Mamani, 2018). De los casos notificados en la región de Arica y Parinacota de 2013 por 2017, el 63.7% fue notificado en etapa VIH y el 36.3% en etapa SIDA, cerca del indicador mundial de la razón de oportunidad, lo que especifica que la etapa de notificación debe ser 70/30, o 70% VIH y 30% SIDA (García, 2015). Además de ser la región con la tasa más alta de VIH, Arica tiene la tasa más alta de prueba por consulta espontáneo, con un promedio sobre 20% comparado con un promedio nacional debajo del 5% (García, 2015).

En respuesta al aumento marcado en la región, CRIPAC abrió en Arica en 2011. El único centro de su tipo en todo del país, CRIPAC cumple tres roles primariamente: la consejería sobre el VIH e ITS, la toma del examen del VIH, y la distribución de condones. El centro desempeña un papel integral en el acceso al diagnóstico e información en la comuna de Arica, entrando en la comunidad por trabajadores sociales. También, el centro opera con un horario afuera de la jornada laboral, ofreciendo el examen de VIH hasta las 23 horas. CRIPAC es uno de los sitios que participa en el piloto del test rápido en Arica, encargado de realizar aproximadamente 1.500 de los 8.000 test rápidos proporcionados por MINSAL (mira sección 3.3).

Finalmente, afuera del sector pública exista campañas de la pesquisa por otras entidades, específicamente la Corporación SIDA en conjunto con la Universidad de Tarapacá. Mientras que la UTA ha sido un sitio de pesquisa remota para el piloto pública una vez cada mes, también recibirá 2.000 test rápidos de la 4 generación este verano como donación de la Corporación para establecer el servicio permanentemente en su Servicio de Salud Estudiantil ("La UTA capacita a profesionales", 2018).

3.3 Las políticas relevantes a la detección del VIH/SIDA en Chile

La ley SIDA (Ley 19.779), se lanzó en el año 2005, establece reglas sobre la detección y control del VIH, entrega protección contra la discriminación por su estatus de VIH, incluyendo medidas de protección de la confidencialidad durante el periodo de confirmación (Salinas, 2015). El acceso a confirmación diagnóstica gratis y oportuno (entre 60 días de sospecha), además la consejería antes del test y al entregar los resultados, es garantizada por la ley y las Garantías Explícitas en Salud, o Plan GES ("Guía legal", 2017). Históricamente este ha significado el test ELISA, disponible en la red de APS supeditado al llenado de un formulario de consentimiento informado.

A finales de diciembre 2016 MINSAL anunció un cambio de la ley de SIDA que permite que jóvenes entre 14 y 18 años se realicen el test de VIH sin consentimiento de sus padres ("Congreso aprobó", 2016). Antes, era obligatorio que jóvenes contaran a los padres para tomar un examen si tuviera menos que 18 años. Si un paciente menor de 18 años sale positivo, todavía es obligatorio a informar los padres del resultado.

En 2017, citando cifras actualizadas y alarmantes de VIH, MINSAL inició un piloto del test rápido en las regiones de Arica y Metropolitana. El piloto consiste en 8 mil pruebas por cada región, primariamente distribuidos en los CESFAMs, y además en el CRIPAC, la Seremi de salud, y unas ferias en el caso de Arica. El piloto en Arica empezó en diciembre 2017, se ofreció en uno CESFAM entre las 10 y 12 horas por tres días cada semana; comenzando enero 2018, el test ya estaba disponible en todos los CESFAMs entre 8:30 a 19:00 horas, lunes a viernes. Por el inicio de abril, solo 2.225 test rápidos se había sido realizados, y seis había salido reactivos (Fernandez, 2018). Por el 20 de mayo, sin embargo, casi seis mil se había sido realizados. Tabla 1 muestra el total de los resultados.

TEST RÁPIDO VIH (TRVIH)		TOTAL TRVIH REACTIVOS O INDETERMINADOS	REACTIVOS (ELISA)	NEGATIVOS (ELISA)	CONFIRMADOS*
APS	5135				
CRIPAC	840				
TOTAL	5975	25	21	4	17

*Hay 4 esperando confirmación al tiempo de publicación.

Tabla 1. TRVIH realizados en el sistema pública, Arica, Chile. Actualizado 20 de mayo 2018. UNACESS.

Antes de 2019, el test rápido estará disponible en “100% de APS, hospitales y servicios de urgencia” de Chile, como dicho en el nuevo Plan Nacional de VIH/SIDA se lanzó en 18 mayo 2018. El plan incluye también la implementación del autoexamen en las farmacias de Chile para comprar y realizar en casa.

Este plan llegó a cabo durante el periodo de investigación de este estudio, que originalmente tuvo un enfoque solamente en el piloto del test rápido partido de la premisa que las

lecciones del piloto se utilizarían a diseñar algo plan nuevo. Al tiempo de publicar no se sabe la conexión entre los dos planes, y el nuevo plan nacional es demasiado temprano en su planificación para evaluarse en este estudio. En vez este estudio servirá como una evaluación del programa piloto y hará uso de las experiencias de Arica para hacer recomendaciones para la implementación del nuevo plan nacional. Por eso, se puede encontrar más análisis del plan en la discusión y anexo.

3.4 Tipos de test de VIH

El test ELISA involucra la toma de sangre venoso. El examen detecta la presencia de anticuerpos de VIH, los cuales llegan a ser detectables hasta tres meses después de un riesgo de un encuentro de riesgo de adquirir el VIH. Los anticuerpos son proteínas creadas por el organismo para defenderse contra un virus, y generalmente son más fácil a detectarse que el virus en sí. En Chile, se ofrece gratis el test ELISA en muchos centros de APS y el UNACESS, además en unos consultorios afuera del sistema público. El test puede salir reactivo, no reactivo, o invalido. El proceso del test, como elaboró por Filby 2014, en un servicio de salud involucra un formulario de consentimiento informada, que dice que el test es voluntario y confidencial; una toma de la muestra; y el procesamiento de la muestra. Los exámenes reactivos son repetidos y, si siguen saliendo reactivos, son enviados al Instituto de Salud Pública (ISP) en Santiago para más análisis.

Si se confirma que el paciente es portador del virus, hay que sacar una segunda muestra de sangre antes de la notificación para confirmar la identidad: en ISP, como parte de la ley SIDA, se usa claves para identificar las muestras de sangre, en vez que nombres o RUT, para mantener confidencialidad. Finalmente se notifica el paciente en el centro de salud del examen original, por escrito y de palabra” según la ley SIDA. Este proceso completo puede sacar más que 3 meses.

El test rápido de VIH² usa una gota de sangre del dedo. Este test también detecta los anticuerpos, pero requiere más cantidad más de los anticuerpos para detectarse que los que requiere el test ELISA. Puede salir reactivo, no reactivo, o invalido (Ilustración 1). La gran diferencia del test ELISA es que los resultados se entregan en 15 minutos. Todavía por reglamento se requiere la consejería antes del test y el firmar voluntario del consentimiento. El test es efectiva por 99.7% en la detección de anticuerpos; sin embargo, no es un examen confirmatorio (Vázquez-Rosales,

² Como se usa en el piloto de Chile – existe otros tipos del test rápido que usan otros métodos como la orina, por ejemplo.

2009). Si el test sale no reactivo, no tiene VIH; si el test sale reactivo o invalido, se necesita realizar un test de ELISA tradicional para ser confirmado por ISP.

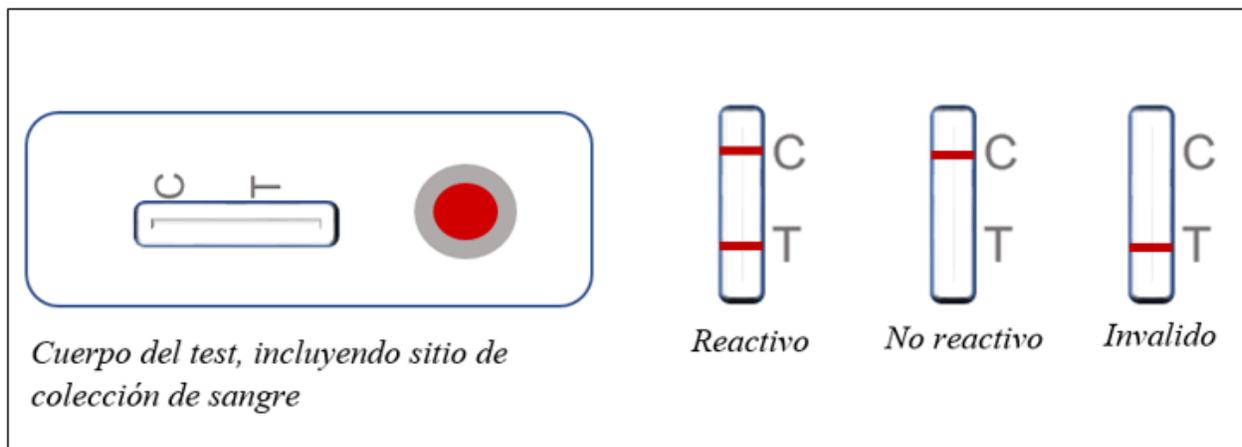


Ilustración 1. El test rápido del VIH. Un resultado "reactivo" significa que hay un nivel significativo de anticuerpos contra el VIH en la sangre.

3.5 Estudios anteriores relevantes

El único otro estudio que investigó específicamente el test rápido de VIH en Arica fue cumplido en por un estudiante del School for International Training en 2014 (Filby, 2014). El estudio investigó las percepciones sociales del test rápido dentro de una muestra de jóvenes de la región y las opiniones de unas profesionales sobre las implicaciones de su implementación. Aunque al tiempo de publicar el test rápido todavía no estaba disponible públicamente en Chile, participantes expresaron un interés en el examen como una manera menos compleja de la detección del VIH.

Además, una tesis realizada en 2011 por Ivonne Sanhueza de la Universidad de Chile evaluó el programa de prevención y control de VIH/SIDA en Arica. Entre otros descubrimientos, Sanhueza elaboró los éxitos de CRIPAC en el diagnóstico oportuno, indicando que la razón oportunidad del centro al tiempo de notificación es más cerca al 70/30 que en el resto del sistema pública. También, elaboró en la buena focalización de las actividades de pesquisa del centro, citando su índice de pesquisa de 2.5% durante 2012-2014 en contraste al índice general de la población de 0.5% (Salinas, 2015). Además, evaluó el programa con indicadores de accesibilidad, eficacia, calidad, complementariedad, y sostenibilidad. La autora describió la buena accesibilidad de horario de CRIPAC para la pesquisa, pero accesibilidad geográfica mediocre,

reconociendo que a pesar de su ubicación cerca de muchos liceos, este no es su población primaria. Destacó también la “falta de reconocimiento de CRIPAC por la Red asistencial, como limitación para la expansión del trabajo.” Este presagia las limitaciones actualmente en trabajo intersectorial y comunitario en la pesquisa.

Finalmente, un reportaje publicó en la revista kilometrocero.cl en 2018, titulado “La inmunodeficiencia adquirida de las políticas públicas chilenas” describe las restricciones del mejorando del acceso al test del VIH impuestas por las políticas públicas. El reportaje provee un panorama útil de las políticas nacionales y los cambios necesarios a un nivel estructural para combatir la epidemia de VIH (Latorre y Muñoz, 2018).

4. Metodología

4.1 Diseño del estudio

Este estudio fue realizado primariamente en la comuna de Arica, Chile, con dos entrevistas más cumplidas en Santiago, Chile. La investigación tuvo los dos componentes cuantitativos y cualitativos. Para entender de una perspectiva holística los recursos diagnósticos de la comuna, se realizó una serie de 5 entrevistas con expertos informados sobre la administración del examen de VIH o las políticas de la pesquisa de VIH. Además, se elaboró una encuesta de alumnos de la Universidad de Tarapacá sobre los conocimientos sociales de la pesquisa. Finalmente, el estudio incluyó una revisión de datos cartográficos para mapear la disponibilidad del examen de VIH en la comuna.

4.2 Lugar de investigación

La investigación utilizó cuatro sitios de importancia en el panorama del diagnóstico del VIH en Arica: CRIPAC, UNACESS, CESFAM Dr. Víctor Bertín Soto, DISAM, y UTA. Los tres CRIPAC, UTA, y CESFAM administran el test rápido con horarios y poblaciones distintos, y mientras la UNACESS no ofrece el test rápido, ha sido un sitio importante para la pesquisa del VIH históricamente en Arica. Un resumen de las actividades realizadas a cada locación está elaborado abajo:

- CRIPAC: Entrevista con trabajadora social
- UNACESS: Entrevista con jefe médico
- CESFAM: Realización del test rápido y test ELISA del VIH

- DISAM: Entrevista con encargada de programa VIH
- UTA: Encuesta de 73 alumnos sobre el diagnóstico de VIH

CESFAM Dr. Víctor Bertín Soto fue elegido en particular por razones del acceso geográfico por la investigadora. UTA sirvió como un estudio de caso interesante, no solo como una población de jóvenes entre 18 y 25, un grupo con alto riesgo de HIV; sino que una población con acceso fácil al test rápido por sus ferias de pesquisa mensuales llevadas a cabo por CRIPAC. Sin embargo, mientras que la encuesta de UTA podría servir como un comentario valioso sobre la eficacia de estas ferias, la disponibilidad y publicidad del test rápido preexistente distorsiona los resultados de la encuesta como una representación de los jóvenes de UTA. Vaya a “limitaciones” para más en este tema.

4.3 Población y muestra

4.3.1 La encuesta

La población fue los jóvenes de Arica, Chile. Por razones éticas, no podía participar gente menor que 18 años; por la misma razón, no se podía entrevistar específicamente jóvenes viviendo con VIH sobre sus experiencias con el diagnóstico. La muestra incluyó 73 alumnos de la Universidad de Tarapacá, campus Saucache. Los alumnos tuvieron un rango de 18 – 27 años, con un promedio de 21 años y una moda de 20 años. Participantes fueron elegidos por edad (entre 18 y 29 años) y por accesibilidad, con todos cuestionarios realizados en los espacios abiertos del campus durante descansos entre las clases.

4.3.2 Las entrevistas profesionales

La población de profesionales entrevistados puede ser separada en tres categorías temáticas: el piloto del test rápido; los recursos generales de la pesquisa; y las políticas nacionales. La muestra de expertas involucradas en el piloto consistió en la encargada del programa del VIH/SIDA de DISAM y una trabajadora social de CRIPAC, quien administra el test rápido a usuarios. Sobre los recursos generales de la pesquisa en Arica, se entrevistaron el jefe médico de UNACESS, además de un bioquímico de la Universidad de Chile encargado de la capacitación para el servicio del test rápido a la UTA. Por último, la muestra incluyó también un líder adentro la sociedad civil y experto sobre las políticas nacionales de VIH.

4.4 Instrumento de recolección de la información

4.4.1 La encuesta

La encuesta fue diseñado y distribuido en conjunta con Elizabeth Whidden, una colega investigando los recursos de prevención de VIH en la región. Había cuatro secciones: “Conocimiento general sobre el VIH;” “Conocimientos sobre el test de VIH;” “Prevención y comportamiento sexual;” y “Datos demográficos.” La segunda y cuarta secciones pertenecieron a este estudio. La encuesta fue distribuida como cuestionario con una mezcla de preguntas sí/no y opciones múltiples. Estudiantes lo realizaron en una manera anónimo en espacios comunes de UTA entre clases. Generalmente se tenía cinco a diez minutos para cumplir.

4.4.2 Las entrevistas profesionales

Las entrevistas con los profesionales del sistema de salud fueron realizadas en las oficinas durante su jornada laboral, a horas organizadas por el sujeto de antemano. Se realizó la entrevista con el miembro de la sociedad civil en su cuarto de hotel en Arica durante su visita breve a la comuna para reuniones de trabajo. Todas las entrevistas fueron grabadas, con permisión verbal y escrita de cada participante. Las entrevistas duraron entre 30 y 60 minutos.

4.4.3 El mapa

El mapa fue diseñado basada en información de entrevistas sobre la disponibilidad del test de VIH. Se utilizó ArcMap 10.5.1, usando el base de datos Cartografía Precenso 2016 Región de Arica y Parinacota del SNIT – IDE Chile dentro del Ministerio de Bienes Nacionales. Se usaron las capas “Zonas.shp;” “Calles.shp;” y “Region.shp” del group “R15.” También se usaron las capas “ESTAB_SNSS_1A_2A_04012017.shp” (Establecimientos de Salud) y “HOSPITALES_SNSS_062017.shp” (Hospitales) del Ministerio de Salud, encontrado de la misma base de datos que el anterior.

4.5 Diseño de análisis

Se intentó a analizar los resultados del estudio en dos fases, una cualitativa (entrevistas) y una cuantitativa (encuesta). Sin embargo, aunque las respuestas del cuestionario se analizaron en una manera cuantitativa, el tamaño de la muestra no fue suficientemente gran para concluir ningunos resultados representativos estadísticamente de la población. Entonces, se consideraron las dos fases del estudio en una manera inductiva en vez que usar la fase cuantitativa para deducir datos conclusivos.

La encuesta fue separada entre secciones de conocimientos, hábitos, y motivaciones de los encuestados. Entre cada sección, los resultados fueron analizados usando Microsoft Excel para determinar las sumas y los promedios de las repuestas y construir patrones generales. Por

constricciones del tiempo y el tamaño de la muestra, se utilizaron los datos demográficos solo para evaluar la muestra, no para análisis cruzado de los resultados entre grupos demográficos. Mientras tanto, las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Se agruparon los resultados entre grupos temáticas como relacionadas a la pregunta principal y los objetivos específicos:

Instalación del piloto y otros servicios de la pesquisa

- Planificación
- Instalación
- Evaluación

Barreras a diagnóstico oportuno

- Conocimiento
 - Publicidad del piloto
 - Pesquisa comunitaria
- Físico
 - Geográfico
 - Temporal
- Psicosocial

Caracterización de demanda

- Demográficos
- Motivaciones de diagnosticar

4.6 Consideraciones éticas

Todos sujetos de la investigación recibieron un formulario de consentimiento informado. Todos los entrevistados recibieron la opción a estar anónimo, y firmaron páginas adicionalmente para dar consentimiento a ser grabado o citado. La mayoría de entrevistas fueron realizados en conjunta con Srta. Whidden, entonces para asegurar claridad del formulario de consentimiento, los sujetos fueron informada verbalmente de los objetivos de los dos estudios mientras una descripción general de los dos conjuntos fue incluida por palabra. Se entrevistaron solo profesionales quienes han hablado públicamente y en una capacidad profesional sobre el VIH y por eso, aunque había la opción a estar anónimo, no había riesgos ni beneficios de participar. Igualmente, se cumplieron y analizaron los cuestionarios en una manera anónima y agregada, y ningún sujeto fue pedido a revelar su estatus viral.

4.7 Limitaciones

Una limitación grande un retraso en la autorización de trabajar con DISAM, el cuerpo administrativo que gestiona la APS de Arica y supervisa la instalación del test rápido. Por lo tanto, las partes del estudio que usaron información de esta agencia fueron muy apresuradas y no había

recursos o tiempo adecuado a investigar sus actividades. Estudios futuros beneficiarían de trabajar en conjunto de esta agencia para entender mejor las decisiones del nivel estructural.

La segunda limitación principal se refiere a la muestra de estudiantes encuestados. Aunque los estudiantes quedaron dentro de las edades de la población deseada, el tamaño no fue suficientemente gran para ser representativo. Además, la naturaleza de una muestra de alumnos universitarios restringe la muestra a un grupo socioeconómico específico. Se debe reconocer que las porciones más vulnerables de algo grupo de riesgo – en este caso, los jóvenes de Arica – a menudo son quienes de bajo recursos económicos o educativos. Más, es posible que la muestra sea concentrada espacialmente acerca de la universidad. Finalmente, la UTA ha realizado una variedad de actividades de pesquisa de VIH en los últimos años, y por tanto sus alumnos son más probables que tengan conocimiento mejor que los recursos del testeo que el resto de la población joven de Arica.

La final limitación fue la naturaleza gubernamental del tema del estudio. Porque el plan nacional nuevo fue lanzado por MINSAL durante la realización del estudio, había unas dificultades en contactando gente relacionado a su planificación. En general, cómo el plan es en sus etapas iniciales, hay más incertidumbre que certeza sobre sus procedimientos. Por eso, unas partes de las entrevistas consistieron en especulación en vez que datos seguros.

5. Resultados

5.1 Observación del proceso del test rápido en centro de APS

Hechos basados en una visita al CESFAM Victor Bertín Soto de Arica. Se realizaron el test rápido y el test ELISA en el XX de mayo, 2018. El test rápido fue realizado por la investigadora y su colega. Un test salió negativo y el otro invalido.

- A. Entrada en el centro, donde se esperó en línea para inscribir para 45 minutos.
- B. Entrada al box matrona. Por la cláusula de confidencialidad en la ley SIDA, no se permitieron que las investigadoras entrar juntas, y por eso los test rápidos fueron realizados separados.
- C. Firma de formulario de consentimiento informado y presentación del carnet.
- D. Explanación del procedimiento del test (preconsejería). La matrona también preguntó sobre algo encuentro de riesgo del VIH.
- E. Toma de sanguino del dedo y regreso a la sala de espera para 15 minutos.
- F. La matrona buscó el paciente en la sala de espera.

G. Explanación de los resultados: el test salió invalido. La matrona explicó que se necesita tomar otra muestra de sangre venosa y enviarla a ISP en Santiago para confirmación. Firma de otro consentimiento informado.

G1. Para un test no reactivo, la matrona explicaría que el paciente no es positivo y el paciente sería permitido a salir.

H. Toma de sangre venosa (el test ELISA) en box laboratorio. Tomó aproximadamente 15 minutos más.

I. Regreso al box matrona para recuperar el carnet y recibir instrucciones de la matrona. Se explicó que los resultados requieren al menos 15 días y que si los salieran positivo, se recibiría una llamada para revolver al CESFAM, donde se entregarán los resultados por escrito y por palabra. El test fue confirmado como negativo por un miembro de UNACESS.

5.2 El mapa

El mapa representa los sitios en que el test del VIH se ofreció durante el mes de mayo, 2018. Los sitios son separados por tipo de establecimiento y el nivel de acceso temporal del diagnóstico, mostrado en la clave “disponibilidad del test del VIH en Arica.” Abajo es una tabla listando cada entidad del mapa y su sostenimiento de test rápidos.

NOMBRE DEL SITIO	SUSTEMIENTO DEL TEST RAPIDOS	# CAPAZ DE ADMINISTRAR
CESFAM “Dr. Remigio Sapunar Marín”	aprox. 1200	7
CESFAM “Dr. Víctor Bertín Soto”	aprox. 1200	10
CESFAM “Dr. Amador Neghme Rodríguez”	aprox. 1200	7
CESFAM Enfermera Iris Véliz Hume	aprox. 1200	12
CESFAM “Eugenio Petruccelli Astudillo”	aprox. 1200	9
CECOSF “Cerro Cruz’	Dato no disponible	3
CECOSF “Dr. René García Valenzuela”	Dato no disponible	1
CRIPAC	1.043	Dato no disponible
Postal Rural San Miguel de Azapa*	Dato no disponible	4
SAPU Enfermero Marco Carvajal*	Dato no disponible	Dato no disponible
SAPU Enfermera Iris Véliz*	Dato no disponible	Dato no disponible
UNACESS	0	0
Universidad de Tarapacá	2.000 (no del piloto)	15

* El postal rural y los SAPU (centros de urgencias) no están representado en el mapa.

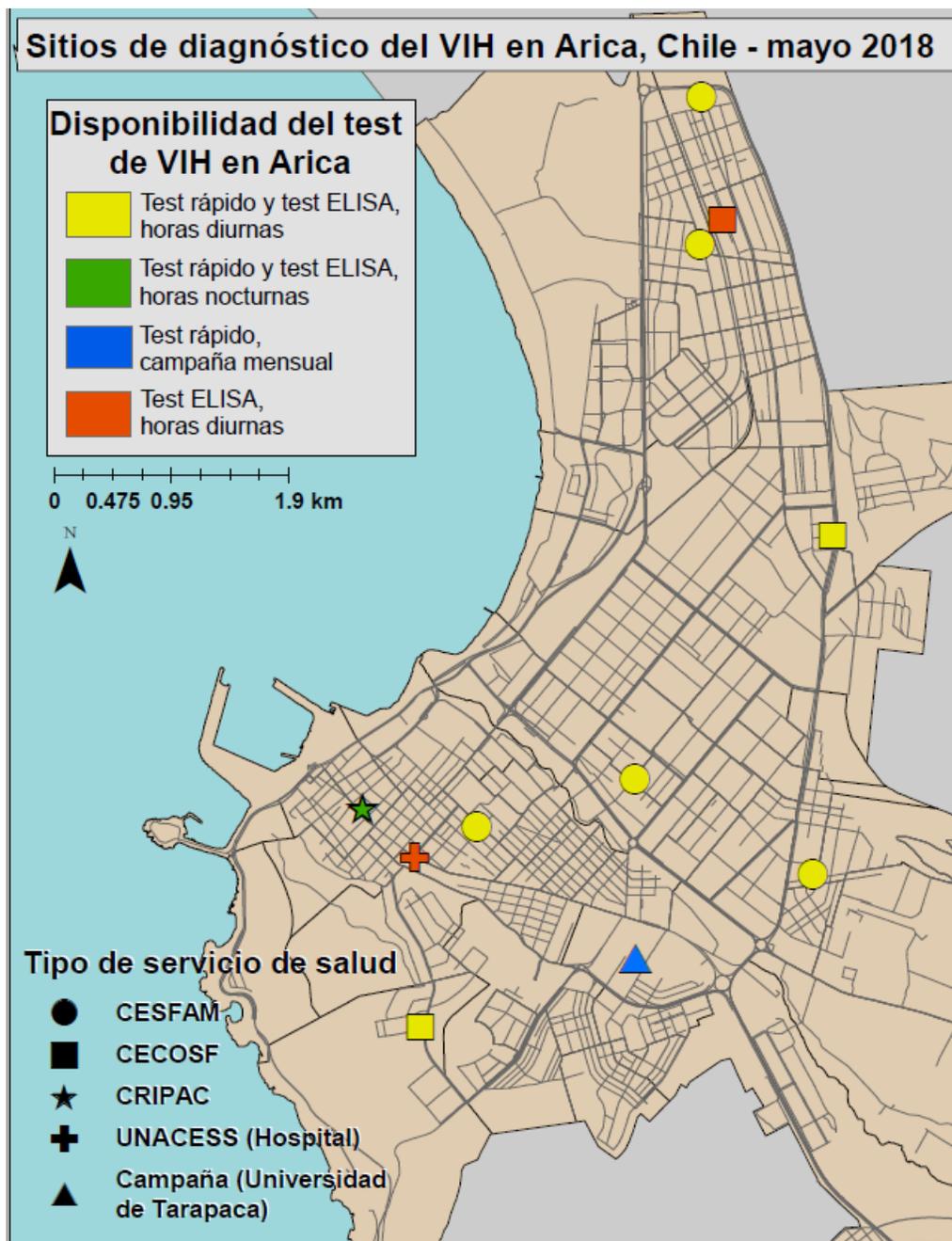


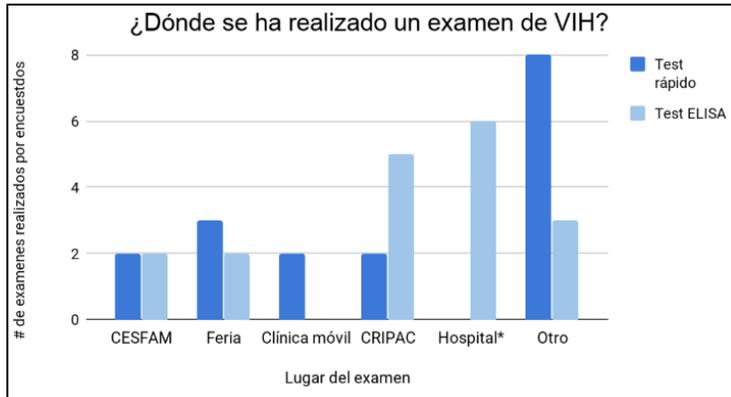
Ilustración 2

5.3 La encuesta

La encuesta consistió en 73 sujetos entre las edades de 18 y 27, con un promedio de 21 años y una moda de 20 años. 34 sujetos se identificaron como masculino, 36 se identificaron como femenino, 2 no se identificaron como masculino o femenino, y 1 prefirió no decirlo. La mayoría se identificaron como heterosexual (80%) y la mayoría no estaba en ninguna relación (75%). El

cuestionario preguntó a los sujetos sobre sus conocimientos de la disponibilidad del test de VIH en la comunidad, sus hábitos de pesquisa, y sus motivaciones para estos hábitos.

5.3.1 Hábitos de pesquisa: De todos los sujetos, 47% habían realizado un test de VIH. 44% habían tomado un test en los últimos tres meses. De quienes respondieron que habían realizado un



test, 59% fueron test rápidos. El cuestionario además preguntó sobre los sitios de pesquisa de los encuestados. De las respuestas, 10 había realizado exámenes en un centro de salud pública (CESFAM o el hospital); 7 en CRIPAC, 7 en un sitio comunitario temporáneo (feria o

Ilustración 3

clínica móvil), y 10 en otros lugares (Ilustración 3). No se preguntaron los encuestados a especificar el nombre de algo sitio otro; por lo tanto, una respuesta de “otro” podría incluir lugares como consultorios privados, liceos, o sitios afuera de Arica. La respuesta “hospital” se nota con un asterisco: tres de las seis respuestas fueron marcadas por encuestados como “test rápido,” pero fueron grabadas como “test ELISA” en el estudio porque solo el test ELISA está disponible al hospital, como confirmado por una matrona de UNACESS.

5.3.2 Conocimiento del examen de VIH: 80% de encuestados respondieron que sí, saben que el test rápido del VIH está disponible en Arica. Aproximadamente 2/3 encuestados habían aprendido sobre el test rápido por campañas públicas, y entre 40%-50% de sujetos marcaron “hospital,” “redes sociales,” y “boca a boca”

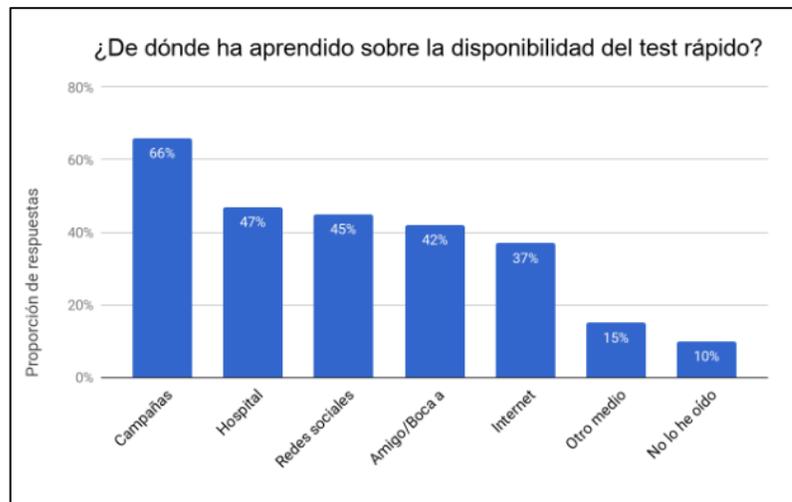


Ilustración 4

(Ilustración 4). Sujetos además se preguntaron sobre los conocimientos de los hábitos diagnósticos

de sus pares (Ilustración 5). La mayoría de encuestados conoció entre 1 y 3 personas quienes habían realizado un test de VIH, y la próxima respuesta más común fue 0 personas. Finalmente, se preguntaron identificar cuales locaciones de Arica ofrecen el test rápido (Ilustración 6). Ninguno

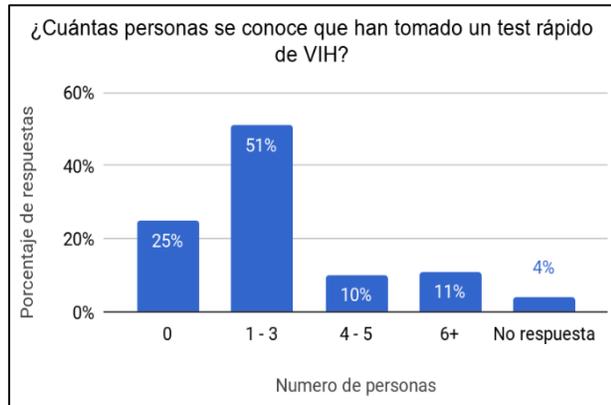


Ilustración 5

de los encuestados correctamente identificó cuales de los lugares listados ofrecían el test rápido (todos listados con excepto del hospital). 65% de sujetos supieron (o adivinaron) que el test estaba disponible a los CESFAMs, y 60% supieron que estaba disponible por lo menos a veces a UTA. Muchos menos supo si el test fue ofrecido a CRIPAC³. Curiosamente, solo 2% de

sujetos supieron que el test rápido *no* está disponible al hospital, con más que 60% de encuestados respondiendo “sí.” 15% de encuestados respondieron “no lo sé” para todas opciones. Una limitación para notar es que cinco encuestas siguientes no marcaron ninguna opción para CESFAM, pero marcaron opciones para las otras locaciones listadas. Es probable que este pasara por un error en el formato del cuestionario, y por eso las respuestas fueron removidos. Entonces los porcentajes para respuestas a “CESFAM” fueron calculados usando un total de 68 respuestas, no 73⁴.

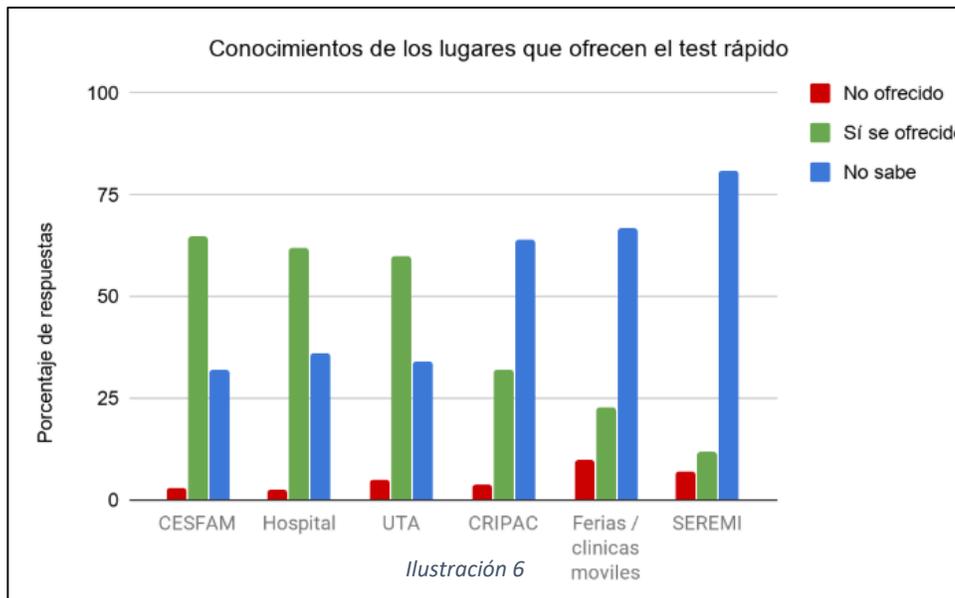


Ilustración 6

³ En otra pregunta no analizada acá, solo 53% de sujetos respondieron que conocieron a “alguna organización que existan para aumentar el conocimiento del VIH en su comunidad o universidad,” implicando que muchas jóvenes no conocen a CRIPAC.

⁴ Vaya a sección II, pregunta #3 del cuestionario en anexo ___, para ver el error en cuestión.

5.3.3 *Motivaciones de (no) tomar el examen:* Lo más común razón para tomar el examen entre los encuestados fue “mi propio bienestar,” seguida por “después de un encuentro sexual arriesgado.” Las dos razones más comunes para *no* tomar el examen fueron “no creo que lo necesito” y “no tengo tiempo.”

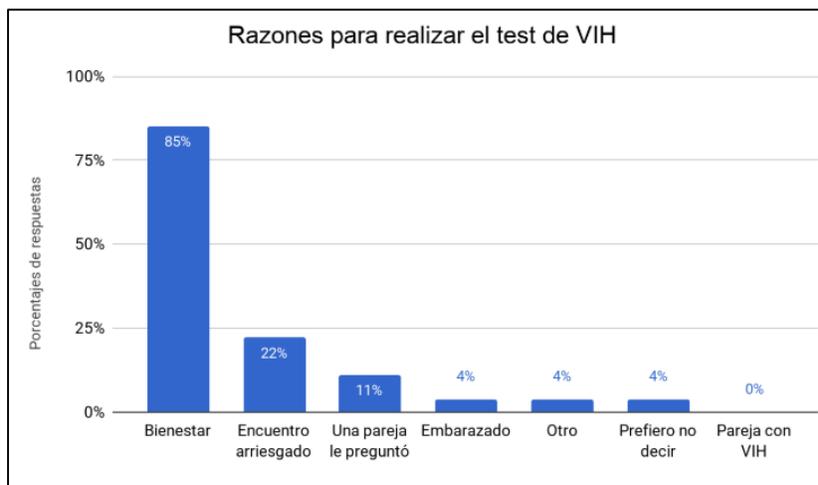


Ilustración 7

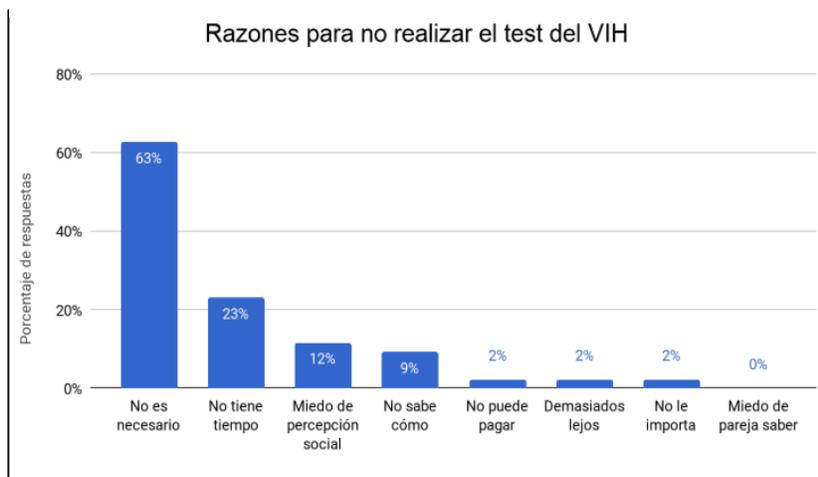


Ilustración 8

5.4 Las entrevistas

5.4.1 Instalación del piloto y otros servicios de la pesquisa

5.4.1.1 Planificación del piloto

El piloto fue anunciado por MINSAL en el fin del año 2017 y se inició en diciembre de ese año, en el fin de la administración de la presidente Bachelet. Tiene la meta de evaluar el test rápido como una opción del diagnóstico en el país (Rojas, 2018). El piloto consiste en ocho mil exámenes,

durando por seis meses o hasta las pruebas se acaban (Rojas, 2018). Cuando el ministerio preguntó que la dirección de salud municipal de Arica participara en el piloto del test rápido, el piloto fue acogido inicialmente “con mucho entusiasmo” (Gallo, 2018). Había acuerdo general entre los entrevistados que el piloto no fue planeado de forma exhaustiva por MINSAL. Según el miembro de sociedad civil, “el gobierno anterior cometió un error muy grave.” Continuando, él dijo “El gobierno se precipitó en los últimos tres meses que sí, vamos a instalar el test rápido. ¡Y eso no es así! En los países que se instalaron los test rápidos, se requieren estudios, se requieren pilotos concretos, se requieren inversión pública, capacitación...” (Deliyanis, 2018). El piloto de MINSAL “solo consideraba el examen, pero no lo consideraba los otros profesionales involucrados” (Gallo, 2018). Otros también expresaron preocupación que las guías clínicas regulando la planificación del piloto son demasiado anticuado (Ferrer, 2018 y Gallo, 2018). No obstante, con falta de directrices de MINSAL, la instalación del piloto fue planeado de manera exhaustiva por parte de DISAM, la Seremi de Salud, el banco de sangre del Hospital Juan Noé Crevani, y el Servicio de Salud de Arica (Rojas, 2018).

Con respecto a la introducción del test rápido a la UTA – que no está relacionada al piloto pública – la iniciativa fue planeada por la Corporación SIDA, de que Dr. Ferrer es miembro del directorio. La Corporación donó 2 mil test rápidos de la cuarto generación, que sale aproximadamente 2 mil cada uno y fueron financiados por sponsors farmacéuticos. Dr. Ferrer explicó que Arica fue elegido como un sitio del test rápido por los éxitos de la ciudad en buscar casos de VIH, además porque Arica tiene las cifras “más elevadas” del país. Se notó también la influencia de inmigración en la ciudad en la complejidad de la epidemia.

Finalmente, hablando en un nivel estructural, ambos Gallo y Ferrer elogiaron “la lucha científica” de la Corporación y el gobierno por diagnóstico oportuno, pero Deliyannis fue muy crítico del enfoque biomédico sin una política de educación más fuerte. Incluido en su criticismo son las metas 90-90-90, que él cree tienen intenciones buenas, pero anima un enfoque muy restringida al diagnóstico y tratamiento de VIH en vez que abordando la cultural sexual que además ha llevado a un aumento de otros ETS. También refirió al plan “misterioso” del gobierno nuevo (no se lanzó al tiempo de la entrevista) con sospecha, citando el desafío histórico que organizaciones luchando para PVI han tenido con la administración de Piñera (Deliyanis, 2018). Por unos afuera del mundo médico, dijo, el plan nuevo a instalar los test rápidos se considera como no más que competencia política.

5.4.1.2 Instalación del piloto

Inicialmente había problemas de resistencia al piloto entre los profesionales médicos (Deliyanis, 2018; Ferrer, 2018; Gallo, 2018). En la atención primaria, las matronas estaban frustrados al inicio por la falta de orientación o un cambio al horario. Cuando un test rápido sale reactivo, se necesita digitar los resultados y realizar un test ELISA después. Por eso, un test rápido reactivo significa por lo menos 30 minutos más de trabajo con un paciente por los procedimientos de consejería y consentimiento, y con horas y recursos limitados, los que administran el test resistieron al cambio (Gallo, 2018; Rojas, 2018). Rojas, sin embargo, fue cauteloso a decir que la resistencia era por parte de los requerimientos del piloto, no contra el test rápido en sí. Ella reportó que, a lo contrario, las matronas eran muy receptivas a la nueva prueba diagnóstica.

En diciembre y enero, el test solo estuvo disponible en 1 CESFAM entre las horas 10 – 12, pero ahora es ofrecido en un horario extendido, de 8:30 por 19:00 (Entrevista CRIPAC, 2018; Rojas, 2018). Se capacitaron 53 matronas en tres etapas: el procedimiento del piloto y temas administrativas, como el consentimiento informado; el ingresar digital de los resultados para reportar al servicio de salud; y la toma físicamente de la muestra. Las capacitaciones fueron llevadas a cabo por Sra. Rojas, otra matrona de UNACESS, y un técnico médico respectivamente.

Según Deliyannis, no había suficiente capacitación para la consejería o precauciones para evitar “burnout” entre profesionales de salud (Deliyanis, 2018). Sin embargo, Rojas explicó que las matronas ya estaban capaz para la preconsejería y la notificación de test reactivos, porque ellos las hacían como parte de sus trabajos antes de la introducción del piloto (Rojas, 2018).

Se instaló el piloto del test rápido en la APS, incluyendo 5 CESFAM, 2 CECOSF, un postal rural, y CRIPAC (mira al mapa en la página 16 para más detalle). En los CESFAMs y CECOSF, un test reactivo se sigue con un test ELISA en sitio (Gallo, 2018); en CRIPAC, se acompañan pacientes que salen reactivo al hospital para un test ELISA si están usuarios de FONASA (Entrevista CRIPAC, 2018). La trabajadora social explicó que “algunas personas llegan [al hospital] y no ingresar.” Después del test ELISA, todos que salen positivos tengan que ingresar e inscribir en UNACESS para recibir la confirmación (Rojas, 2018). Esta regla es única a Arica, y asegura que todas positivas son notificados y vinculados a atención. También, el piloto incluye operativos afuera del sistema pública, en locaciones como mercados, liceos, y ferias en el centro de la ciudad. Un horario por el mes de mayo, por ejemplo, ilustró por lo menos 3 operativos cada día (Rojas, 2018).

El piloto no fue hecho público afuera de los sitios que administran el test rápido por el suministro limitado. En vez, se enfocó en las poblaciones al mayor riesgo (CRIPAC). Por ejemplo, en días de ferias en UTA, CRIPAC publica noticias en sus páginas de Facebook y Instagram.

Con respeto a la iniciativa en UTA, se capacitaron 15 enfermeras, médicos, ontólogos, y técnicos del Servicio de Salud Estudiantil en la administración e interpretación física del test rápido, pero no se capacitaron profesionales como trabajadores sociales sobre la consejería. Solo se ofrecerá el test rápido; los reactivos se necesitarán ingresar en la red APS para realizar el ELISA y confirmar los resultados (Ferrer, 2018).

5.4.1.3 Evaluación del piloto

Cómo el piloto acerca su fin, la DISAM está construyendo una evaluación para entregar al ministerio; como ya no está completada, sin embargo, no se puede citar en este estudio (Rojas, 2018). El progreso del piloto primariamente fue descrito en términos de test rápidos realizados por los entrevistados. El jefe médico contó que no más que 3 mil test rápidos han sido realizados por el inicio de abril, “lo cual es muy bajo en relación de lo que nosotros esperamos” (Gallo, 2018). En realidad, según Rojas, aproximadamente 400 test rápidos se realizaron por el fin de febrero, 1500 en marzo, casi 2500 en abril, y 900 por el 20 de mayo, con la demanda baja hasta marzo es representada de la baja población por las vacaciones (Rojas, 2018). Además, todos compararon el piloto en Arica a su equivalente en Santiago, afirmando que Arica debe estar haciendo algo correctamente si en Santiago solo se ha realizado 60 test rápidos en el mismo periodo (Deliyanis, 2018; Ferrer, 2018; Gallo, 2018). CRIPAC confirmó que ha habido más confirmación que antes del piloto (Entrevista CRIPAC, 2018). Solo uno habló de la capacidad preventiva del test rápido. Dr. Ferrer postuló que los 15 minutos de espera necesario para realizarse el test dan miedo, y “sin miedo, no hay demanda.” Él criticó el gobierno para nunca ser “suficientemente visionario” para darse cuenta de este hecho (Ferrer, 2018).

Rojas evaluó el piloto como muy buen trabajo, pero un estrés no sostenible en los recursos monetarios y humanos de la ciudad. La mayoría de la pesquisa es de manera espontaneo, que significa que las matronas de cada centro tienen que parar sus otras responsabilidades para estar disponible a realizar el test. Combinada con los operativos afuera de la red APS, generalmente hay al menos 4 matronas removidas de su trabajo normal cada día para trabajar en el piloto. También ella explicó que DISAM está asumiendo el costo de los ingresados no inscritos: para salir para pesquisar, se puede encontrar personas afuera del sistema. DISAM, por tanto, permite que alguien

con una forma de identidad – independientemente de la nacionalidad – tome el test a cualquier centro u operativo. Este viene a un costo gran para la ciudad, y aunque el práctico aumenta al acceso al test, no continuará abajo del plan nuevo, que estandarizará los procedimientos del test rápido adentro de los centros de APS. Sobre todo, el piloto ha salido bien, pero las matronas son cansadas y sobrecargadas de trabajo (Rojas, 2018).

Finalmente, según Rojas, no se sabe si la evaluación del test rápido informará la instalación del nuevo plan nacional del VIH. Al tiempo de publicación, la única información sabida por DISAM es que ha sido lanzado en las noticias (Rojas, 2018).

5.4.2 Barreras a diagnóstico oportuno

5.4.2.1 Barreras de conocimiento

Con respeto a conocimiento sobre el test de VIH específicamente, se observó frustración sobre la capacidad aparentemente bajo de publicar. CRIPAC dijo que no hay financiamiento suficiente para campañas profundas, con un presupuesto de \$13 millones pesos comparado a los \$40 millones necesario para realizarla (Entrevista CRIPAC, 2018). Ferrer puso parte de la culpa en la cultura católica y el control sobre canales de televisión de la iglesia (Ferrer, 2018). Cuando hay reportajes sobre el VIH en la tele, funcionar en fomentar a la gente a tomar el examen. Después del lanzamiento de cifras nuevas en abril, por ejemplo, CRIPAC recibía más que 30 pacientes cotidiana en la semana siguiente (Entrevista CRIPAC, 2018). Los entrevistados relataron un ciclo de asusto, pesquisa, e indiferencia en la población general (Entrevistas con CRIPAC; Deliyanis; Ferrer; Gallo, 2018). Además, dos creyeron que la ley SIDA impide a la pesquisa comunitaria, por las reglas de confidencialidad que prevenir que miembros de APS salgan a buscar y testear gente en pública (Ferrer, 2018; Gallo, 2018). Deliyanis resumió que el conocimiento sobre el test rápido es bajo en general y restringido a los personales de salud.

Las entrevistados aseveraron fuertemente que la falta de educación sexual fue una barrera gran al diagnóstico oportuno.

"Si tú me preguntas si la SIDA es mortal o no, te digo depende. Para que sea no mortal, tú tienes que tener acceso a información, tienes que tener la pertenencia, tienes que tener la educación adecuada. Entonces la ignorancia de la gente es enorme" (Deliyanis, 2018).

Según la trabajadora social de CRIPAC, los recursos educativos sobre VIH que existen “son centros de apoya, no de la formación,” y padres tienen la responsabilidad a educar sus hijos sobre

VIH. Unos entrevistados compartieron la creencia que la falta de educación es lo que impide el avance de un país que, de lo contrario, tiene los recursos y sistemas políticos para evitar epidemias como el VIH (Deliyanis, 2018; Gallo, 2018). En un base comunitario, la trabajadora de CRIPAC apoyó la creación de campañas del internet para educar jóvenes sobre el VIH y fomentarles a realizarse el test (Entrevista CRIPAC, 2018).

5.4.2.2 Barreras tangibles

Barreras geográficas: La primaria barrera geográfica es la ubicación de los test rápidos. Aparte de CRIPAC, los test rápidos del piloto se ofrecen en centros de APS, en este caso incluyendo CESFAM y, a partir de marzo, CECOSF y unos centros de urgencia. El test ELISA todavía se ofrece en UNACESS y el hospital. Sin embargo, el proceso del ELISA entre el sistema pública es muy complejo, y evitarlo se requiere pagar al menos 10 mil en el sistema privado. La población más afectada, jóvenes sin recursos, no gasta el tiempo o dinero para hacerlo (Ferrer, 2018). Además, iniciativas para los test rápidos en universidades u otros sitios no sanitarios no recibirán dinero del gobierno como parte del plan nuevo (Ferrer, 2018). La solución incluida en el plan nuevo, la venta del “autotest” en farmacias, es aplaudida por bioquímicos como Ferrer, pero a Deliyanis, “[l]e nieg[a] radical y rotundamente en el estado del arte hoy día en Chile” (Deliyanis, 2018; Ferrer, 2018). A Deliyanis, le preocupa mucha la venta del autotest sin programas de educación e inversión pública, porque todavía hay gente que relaciona SIDA con muerte. Él implicó que sin consejería sobre que se debe hacer después de un test reactivo, pasaría consecuencias psiquiátricas graves (Deliyanis, 2018).

Barreras temporales: como elaboró antes, el piloto inicialmente tuvo problemas con el horario de pesquisa, afrontando demanda baja porque la gente quería hacerlo en la noche (Gallo, 2018). CRIPAC sugirió que el problema con la pesquisa limitada dentro de la red asistencial era que a jóvenes no les gusta levantar suficientemente temprano para realizarse el examen en la mañana (Entrevista CRIPAC, 2018). Por otro lado, ha habido demanda gran para el test rápido en sitios comunitarios como ferias a UTA, donde solo se necesita un carnet (Ferrer, 2018). En sitios tradicionales, sin embargo, la parte “rápido” solo aplica a la realización del test – las esperas en los centros de APS son lo mismo, y si el test sale reactivo, todavía se requiere realizar un test ELISA para confirmar. Este proceso puede sacar más que 3 meses en unos casos. Una razón gran es la usa de claves en ISP para identificar las muestras de sangre en vez que el nombre y RUT, como se usa para todas otras patologías en Chile (Ferrer, 2018). Entonces se requiere confirmar la

identidad de muestras positivas con otra muestra de sangre, lo que añade otro mes al proceso. Esta ley, dijo Ferrer, se incluyó en la ley SIDA para proteger la confidencialidad, pero porque el VIH ya no significa muerte, “no hay ninguna razón para pacientes estar con clave o sin clave” (Ferrer, 2018). Finalmente, el test rápido de 3rd generación, como se usa en el piloto, no es muy sensible para detectar el VIH en personas menor que 3 meses después de transmisión, y por eso no solo la pesquisa, pero la pesquisa repetida, es importante para el diagnóstico oportuno (CRIPAC, 2018).

5.4.2.3 Barreras psicosociales

El tema más común a través de las entrevistas fue el miedo. El miedo de VIH todavía es presente entre jóvenes – Deliyanis, en hablando sobre los peligros de la venta del “autotest” contó que mucha gente al recibir un test reactivo sin consejería adecuada cree que “no hay ninguna posibilidad” por la vida, una idea que puede disuadir gente de tomar el test en absoluto (Deliyanis, 2018). Una aplaudió el test rápido por eliminar un miedo específico, el miedo de aguja: “Hay mucha gente que solamente toman el examen porque es solamente una pincha del dedo” (CRIPAC, 2018). Además, muchos jóvenes tienen miedo de sus padres descubrir su actividad sexual. Esta barrera se disminuyó en 2017, cuando MINSAL permitió que jóvenes tomaran el examen sin consentimiento o notificación de los padres aparte de casos reactivos (CRIPAC, 2018).

Otro tema relevante es el estigma. Solo Deliyanis habló en detalle sobre la discriminación contra PVVH, y todos estaban de acuerdo de que hay menos estigma ahora que en el pasado (Deliyanis; Entrevista CRIPAC; Gallo; Ferrer 2018). En relación al diagnóstico, Gallo expresó preocupación que el estigma fomentara una falta de confianza en centros de salud, y dijo que es “muy difícil” para PVVH a entrar en un centro de salud enfrente de toda la gente allá por el estigma (Gallo; 2018).

5.4.3 Caracterización de demanda

Los entrevistados generalmente estaban de acuerdo que la población al mayor riesgo fue jóvenes menores que 30 años, y especialmente jóvenes masculinos. Deliyanis elaboró en “la epidemia masculina más grande del mundo” en Chile, citando que la epidemia se comprende de 84% hombres, 74% de cuales son HSH (hombres quienes tienen el sexo con hombres) (Deliyanis, 2018). Gallo y CRIPAC también comentaron en la prevalencia masculina, pero afirmaron que hay mujeres jóvenes a riesgo también – en Arica, hay 2.7 hombres notificados para cada mujer, mientras que la ratio en el resto del país es 6:1 (Entrevista CRIPAC, 2018; Gallo, 2018). Deliyanis dijo que este pasa porque Arica se pesquisa más que el resto del país (Deliyanis, 2018). No se pudo

obtener estadísticas de la demanda del piloto en la red APS, pero en CRIPAC, aunque hay generalmente más usuarios femeninos, “casi toda” la demanda para el test rápido es hombres (Entrevista CRIPAC; 2018). La trabajadora social más caracterizó la población a riesgo por sus hábitos de riesgo, incluyendo el uso muy bajo del condón y la prevalencia de redes sociales para tener relaciones sexuales (Entrevista CRIPAC, 2018). Según Rojas, no hay datos oficiales de la demanda por la naturaleza confidencial de la pesquisa.

Finalmente, se postularon los entrevistados sobre las motivaciones de diagnosticar o no diagnosticar. Ferrer y Deliyanis ambos expresaron que la percepción de riesgo en la población joven es muy baja.

6. Discusión

La planificación del piloto parecía apresurado y remoto, de un nivel ministerio. En vez, las agencias de salud asumieron responsabilidad de implementarlo. Los éxitos, entonces, están vinculados al equipo de instalación, dirigida por DISAM. El equipo en Arica demostró receptividad a la demanda, y después de adaptarse los horarios del servicio según el mini-piloto en diciembre, las matronas administrando el test rápido ha estado trabajando muy dura en la diseminación del test (Entrevista CRIPAC, 2018; Rojas, 2018). Arica no cumplió tantos test rápidos que fue esperaba – tres mil por el fin de marzo en vez que ocho, y seis mil por el fin de mayo – que podría indicar desorganización en los sitios de pesquisa o una falta de demanda. Hay evidencia de los dos. Con respecto a la desorganización, el piloto fue asumido por centros que en realidad faltan los recursos humanos adecuado necesario para cumplirlo. Con respecto a la demanda, porque se demostró demanda alta por el test en clínicas móviles y ferias, es más probable que alguna falta de demanda se causara por una falta de publicación/conocimiento social del piloto (Ferrer, 2018), o una aversión a la red asistencial (Deliyanis, 2018; Entrevista CRIPAC, 2018). A pesar de todo, el piloto en Arica podría ser visto como un éxito, teniendo en cuenta que, al recibir la misma directriz del ministerio, el piloto en Santiago solo cumplió 60 test rápidos en un marco de tiempo similar. Esto se debe en gran parte a los esfuerzos de DISAM de salir para pesquisar.

La mayoría de estudiantes encuestados por cuestionario respondieron que sí, sabían que el test rápido fue disponible en Arica. Sin embargo, no más que 2/3 de los estudiantes podrían identificar *donde* el test era disponible, aunque en general sabían que se podía realizarlo un examen

de VIH en APS. Más dijeron que habían aprendido del test rápido por campañas públicas que en redes sociales, que podría indicar una potencial desaprovechado de la promoción de salud en redes sociales. Además, la encuesta reveló que estigma todavía existe alrededor de VIH: a pesar de que más que una mitad de los encuestados hubiera realizado por lo menos una prueba de VIH, más que 75% de los cuales no sabían más que tres otras personas que hubieran realizado un test. Este hecho es especialmente interesante dado que se cumplió el cuestionario generalmente en grupos de más que 4 estudiantes, por la natura social de los descansos entre clases donde se distribuyeron los cuestionarios. Este revela la falta de discurso social sobre el test y el VIH en general entre la población joven.

El tema de miedo – social y corporal – desempeñó un papel importante pero contradictorio en los resultados. Por un lado, los entrevistados elaboraron sobre el rol de la falta de miedo de VIH en el aumento de casos, postulando que la población al riesgo mayor nunca ha vivido durante un periodo en que el VIH significaba muerte y por eso no toma precauciones adecuados para protegerse sus mismo (Entrevista CRIPAC 2018; Ferrer, 2018). Solo un número pequeño de estudiantes respondieron que el miedo les prevenía de realizar el test de VIH. De hecho, había una prevalencia alta de encuestados quienes no habían realizado el test porque no creían que fuera necesario, aunque de los 27 encuestados que respondieron esto, solo seis (22%) reportaron que, en los últimos 12 meses, usaran un condón “siempre.” Por otro lado, los médicos expresaron su frustración con la complejidad de los procedimientos “anticuados” de diagnosticar el VIH, expresando que son obsoletos en una época en que el VIH ya no significa muerte (Ferrer, 2018; Gallo, 2018). A la misma vez, todos estaban de acuerdo de que el miedo fomenta demanda fuertemente para el examen. El miedo, por lo tanto, es los dos una necesidad y un obstáculo en logrando la meta de diagnosis universal.

Con respeto a las barreras a diagnóstico oportuno, se necesita más investigación cuantitativa para determinar barreras geográficas al test. Basado en investigación anecdótica y preliminar, ya hay distribución espacial suficiente del test en la ciudad de Arica (Ilustración 2) pero no se pudo obtener datos tan como rutas de transporte pública para mapear la accesibilidad geográfica de los centros de APS por las poblaciones vulnerables al VIH. Un aspecto más relevante, quizás, es la buena voluntad para visitar centros de salud para la pesquisa, y la disponibilidad espacial del test afuera de centros sanitarios. Para ahora, estos recursos están limitados alrededor del centro de Arica, donde se ubicado CRIPAC y UTA.

La complejidad del proceso de pesquisa para el test ELISA acta como una barrera al diagnóstico oportuno, o mejor decir, la confirmación oportuna. Aunque el proceso físico de realizar el test rápido es en realidad similar al test ELISA – la entrada en un centro de salud, la consejería y consentimiento, el test físico – las tres diferencias grandes introducida por el test rápido son que no se requiere un orden médico, no se usa la aguja, y el paciente se informa de su estatus en la misma cita. Por eso, los pacientes quienes salgan negativa no gastan más que una hora de su día para saberlo (y si el test se realiza en una feria o CRIPAC, posible no más que 30 minutos). El test ELISA, sin embargo, requiere tres encuentros con la red asistencial para confirmar la negatividad, y más si sale positiva. Esta diferencia es bastante para fomentar gente a realizarse el examen, según CRIPAC, que ha observado un aumento en demanda durante el piloto. Igualmente, la percepción de la barrera temporal fue la segunda más común razón para no realizar el test de VIH en el cuestionario. La beneficia del test rápido, por tanto, es su capacidad para descartar las personas negativas con más facilidad y animar la pesquisa habitual.

El test rápido no aborda las barreras psicosociales al diagnóstico oportuno. La venta del autotest en farmacias, programa por 2019, podría abordar la barrera del estigma – o la percepción del estigma – dentro centros de salud, pero no hay datos suficientes para apoyar esa afirmación. No obstante, a partir del mayo 2018 el test rápido solo está disponible en centros de salud de Arica.

Finalmente, no se pudo recoger datos de notificación vs confirmación para el piloto del test rápido. Se postuló que la presencia de un resultado reactivo preliminar aumenta la probabilidad del seguimiento por el paciente, pero otro estudio se debe realizar para investigarlo.

7. Conclusiones y recomendaciones

El test rápido de VIH sirve como una herramienta importante y útil para asegurar el acceso al diagnóstico oportuno, pero no puede ser la herramienta única. Se espera que el plan nuevo del gobierno que pondrá el test rápido en todos centros de APS aumente el acceso temporal y geográfico al diagnóstico oportuno. El test rápido además disminuye la barrera del miedo de aguja o sangre. Sin embargo, el test rápido no aborda las barreras psicosociales al diagnóstico, a saber, el estigma del VIH o miedo social. Tampoco aborda por su mismo el problema de ignorancia y conocimiento bajo del VIH sin campañas efectivas que fomenten la pesquisa y colaboración intersectorial para mejorar la educación sexual. No obstante, el test rápido tiene potencial como

medida de prevención y pesquisa oportuna: los 15 minutos entre la prueba y el resultado fomentan, por miedo, una reflexión de su comportamiento arriesgado y por eso la motivación a protegerse su mismo y pesquisar más a menudo. Además, a pesar de una falta de directrices y recursos humanos, el piloto de Arica ha salido exitosamente en la pesquisa de su población.

Se necesita más investigación de las barreras geográficas del diagnóstico oportuno en Arica, y se recomienda un análisis de coste-distancia para entender el acceso a recursos de diagnóstico relacionada a la ubicación espacial de grupos de riesgo de VIH. Entonces, también se necesita un estudio más profundo de la caracterización de la población al riesgo mayor, incluyendo recursos económicos, ubicación espacial, comportamiento sexual, y hábitos de organización social. Más, se debe realizar un análisis nacional de la brecha entre casos reactivos y confirmados. El sistema de entrada automática al sistema tras una prueba positiva es exclusivo de la comuna de Arica, y una evaluación nueva de los mecanismos para vincular los pacientes positivos a tratamiento informaría la integración estándar del test rápido. Estas evaluaciones se deben realizar antes de la implementación de los test rápidos entre la red asistencial: el plan GES garantiza el inicio de tratamiento precoz dentro de 7 días de indicación médica y dentro de 35 días para tratamiento no precoz (Ministerio de Salud, 2013). Con una afluencia potencial de casos positivos entre el sistema pública siguiente el plan nuevo, se necesita personal suficiente y guías claras que dicten los procedimientos para la vinculación de pacientes nuevos. Este tema es abordado por estrategia 3, acción 1 del plan nuevo (MINSAL, 2018).

Con respecto al conocimiento del VIH como barrera a diagnóstico oportuno, una oportunidad gran para mejoramiento es la usa de redes sociales a identificarse y dirigirse jóvenes vulnerables al VIH. Mientras que las campañas de tele son importantes y útiles, el campo de “e-salud” y apps sociales provee un mercado más joven y sin tanta influencia de grupos como la iglesia católica que históricamente bloquea campañas relacionadas al sexo (Ferrer).

Finalmente, este estudio expuso a identificar medios de mejorar la instalación del test rápido. Anexo 1 contiene una matriz del nuevo plan VIH nacional, modificada del original para incluir solo los estrategias y objetivos relacionados a la implementación del test rápido. Basado en los resultados de este estudio, se recomendó una acción concreta para cada objetivo que podría mejorar la instalación del test rápido en el sistema pública.

Las experiencias de la comuna de Arica sirven como un bueno estudio de caso para la implementación del test rápido en todo el país. Se necesita recordar que, aunque el virus no ha

adaptado mucho, la población joven a lo mayor riesgo es distinta y más diversa que hace dos décadas cuando la ley SIDA fue escrito. Para lograr la meta de diagnóstico oportuno universal para esta generación, se requiere trabajo intersectorial y comunitario, tal como lo que de CRIPAC en Arica, para mejorar el acceso a la pesquisa y dirigir jóvenes específicamente. El test rápido es un buen adición al kit de herramientas contra la epidemia silenciosa, pero sin compromiso política al nuevo plan para prevención combinada, se seguirá a transmitir el VIH.

8. Referencias

- Congreso aprobó eliminar el consentimiento para que adolescentes puedan hacerse el test del VIH.* (20 de diciembre de 2016). Obtenido de Ministerio de Salud destacados: <http://www.minsal.cl/congreso-aprobo-eliminar-el-consentimiento-para-que-adolescentes-puedan-hacerse-el-test-del-vih/>
- Deliyanis, V. (16 de mayo de 2018). Entrevista con Vasili Deliyannis, JD. (J. Zigman, Entrevistador)
- Donoso, P. (2018). Política Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. *Reunión de alumnos de School for International Training*. Santiago: Depto. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, Ministerio de Salud.
- (8 de mayo de 2018). Entrevista con trabajadora social de CRIPAC. (J. Zigman, Entrevistador)
- Fernandez, C. (18 de abril de 2018). *Unidad de Atención y Control en Salud Sexual del Hospital de Arica amplía atención con nuevo horario y médico infectólogo*. Obtenido de Servicio de Salud Arica: <https://www.saludarica.cl/unidad-atencion-control-salud-sexual-del-hospital-arica-amplia-atencion-nuevo-horario-medico-infectologo/>
- Ferrer, P. (14 de mayo de 2018). Entrevista con Dr. Pablo Ferrer, bioquímico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. (J. Zigman, Entrevistador)
- Filby, P. (2014). *La percepción social sobre el test rápido para VIH en Arica, Chile*. Arica: School for International Training.
- Gallo, C. (8 de mayo de 2018). Entrevista con Dr. Carlos Gallo, jefe médico de UNACESS, Arica. (J. Zigman, Entrevistador)
- García, M. S. (2015). *García, M. S. (2015). Diagnóstico regional VIH/SIDA, región de Arica y Parinacota 1990-2014*. Arica: SEREMI de Salud.
- Guía legal sobre: Ley del SIDA*. (1 de enero de 2017). Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: Ley fácil: <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/ley-del-sida>

La UTA capacita a profesionales del Servicio de Salud Estudiantil en aplicación del test rápido de detección del VIH. (4 de mayo de 2018). Obtenido de Noticias, Universidad de Tarapacá: <http://www.uta.cl/la-uta-capacita-a-profesionales-del-servicio-de-salud-estudiantil-en/web/2018-05-04/163144.html>

Mamani, E. M. (2018). *Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en arica y parinacota, 2017.* Seremi de Salud Arica y Parinacota, Unidad Epidemiología, Arica.

Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica AUGE “Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA.”.* Santiago: Ministerio de Salud. Obtenido de Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES), Superintendencia de Salud: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-592.html>

Ministerio de Salud anuncia primeros lineamientos del Plan Nacional de VIH/SIDA. (1 de abril de 2018). Obtenido de Ministerio de Salud: <http://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-anuncia-primeros-lineamientos-del-plan-nacional-de-vih-sida/>

Ministerio de Salud presenta Plan Nacional de VIH/SIDA e ITS con énfasis en la prevención. (18 de mayo de 2018). Obtenido de Ministerio de Salud: <http://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-presenta-plan-nacional-de-vih-sida-con-efasis-en-la-prevencion/>

MINSAL. (18 de mayo de 2018). Plan de acción de respuesta al VIH/SIDA. Santiago.

Muñoz, R. y. (11 de abril de 2018). *La inmunodeficiencia adquirida de las políticas públicas chilenas.* Obtenido de kilometrocero.cl: <https://kilometrozero.cl/la-inmunodeficiencia-adquirida-de-las-pol%C3%ADticas-p%C3%ABlicas-chilenas-d67814110dfe>

ONUSIDA. (2014). *90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.* Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Salinas, I. S. (2015). *Evaluación programa de prevención y control de VIH y SIDA, en la región de Arica y Parinacota.* Universidad de Santiago, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Santiago.

Vázquez-Rosales, J. G. (2009). Uso de prueba rápida para la detección de infección por VIH en pediatría. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 66(4), 382-388. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000400012&lng=es&tlng=es.

Yáñez, C. (21 de julio de 2017). *Chile es el país en que más aumentó el número de casos nuevos de VIH en Latinoamérica.* Obtenido de La Tercera: <http://www2.latercera.com/noticia/chile-casos-vih-latinoamerica/>

Anexo A. Recomendaciones para el nuevo plan nacional del VIH/SIDA.

PLAN DE ACCION DE RESPUESTA AL VIH/SIDA

ESTRATEGIA	OBJETIVO	META	ACCIONES	INDICADORES	MES AÑO 2018	RECOMENDACIONES DE LA AUTORA BASADAS EN ESTE ESTUDIO
Oferta del Test rápido VIH e incorporación del autotest	Aumentar la cobertura de acceso al examen VIH.	100% de APS, hospitales y servicios de urgencia disponen de oferta de test rápido para consultantes de población general. Organizaciones Sociales que cuentan con autorización sanitaria disponen de oferta de test rápido para oferta en poblaciones clave.	Protocolizar procedimientos y vinculación a atención Capacitación a los equipos Implementar establecimientos de la Red con kits del test	Nº de puntos de oferta de test rápido implementados. Nº de test rápidos realizados	Mayo a diciembre	Programa el seguimiento con pacientes reactivos al tiempo de test inicial Capacite una variedad de profesionales de salud incluyendo trabajadores sociales en la administración y consejería del test. Realice grupos de trabajo regionales de profesionales de los centros de APS para valorar las capacidades humanas y técnicos de cada sitio de diagnosticar Identificar organizaciones dirigidas por miembros de poblaciones claves
Habilitar en el nivel primario y comunitario las estrategias de prevención combinada VIH	Dotar de las capacidades a la APS para la oferta de test rápidos	Implementar testeo y prevención combinada en APS contando con referentes habilitados en la materia en red con el nivel comunitario y secundario	Realizar capacitación y actualización a profesionales encargados del tema de VIH/SIDA e ITS en SEREMIS y Servicios de Salud para el mejoramiento de las estrategias de prevención combinada y control del VIH y las ITS	Número de centros de APS ofreciendo test rápidos	2o semestre año 2018	Equipe los centros de APS para realizar la pesquisa a clínicas móviles o ferias mensualmente.
Avanzar hacia la meta de testear y tratar	Acelerar la vinculación de las personas diagnosticadas como reactivas mediante el acceso ampliado a test rápidos a los centros de atención Reducir los tiempos de confirmación de la infección VIH para facilitar acceso amplio a atención	100% de las personas con test reactivo vinculadas a atención en la red fortalecida del sistema público Tiempo desde el testeo al inicio de TAR no superior a 10 días	Modificar Normativa de diagnóstico del laboratorio de la infección por VIH con algoritmos diferenciados y derivación en etapa de confirmación Elaborar documento con orientaciones técnicas específicas para la red asistencial pública, privada y comunitaria	% de personas con test reactivo en APS y nivel comunitario vinculadas a atención Tiempos máximos para la vinculación efectiva a atención de las personas con test reactivo	2o semestre año 2018	Permita pero no exija la pesquisa anonima o la usa de clave para identificar las muestras de laboratorio. Equipe todos laboratorios con capacidad o validad de realizar una confirmación de fenotipo para procesar los test reactivos del VIH.

Anexo B. Perfil de las entrevistadas

Carlos Gallo, MD. Jefe médico de UNACESS del Hospital Regional Doctor Juan Noé Crevani, Arica.

Pablo Ferrer, MD. Bioquímico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Miembro del directorio de la Corporación SIDA. Encargado de la capacitación del test rápido a la Universidad de Tarapacá.

Paula Rojas. Matrona y encargada del programa de VIH de la Dirección de Salud Municipal (DISAM).

Trabajadora social del CRIPAC en Arica. Administra el test rápido a usuarios.

Vasili Deliyannis, JD. Abogado y activista SIDA. Fundador de la organización Vivo Positivo y Corporación Chilena de Prevención del Sida-AcciónGay

Anexo C. Consentimiento informado.

Consentimiento informado – distribuido con los cuestionarios

SIT Study Abroad

School for International Training

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE

PROYECTO DE ESTUDIO INDEPENDIENTE: Estudios exploratorios del test rápido de VIH: cómo funciona el piloto del test rápido en la municipalidad

NOMBRE DEL INVESTIGADORA: Julia Zigman

Gracias por tomarse el tiempo de participar en este proyecto.

Mi nombre es Julia Zigman. Soy estudiante del programa *Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento de la Comunidad* de SIT Study Abroad, con sede en la ciudad de Arica, y me gustaría invitarle a participar en un estudio que estoy dirigiendo. Sin embargo, antes de que acepte participar en este estudio, es importante que sepa lo siguiente para tomar una decisión informada.

a. *Privacidad:* Toda la información que usted presente en esta entrevista puede ser grabada y protegida. Si usted *no* quiere que la información sea grabada, me debe hacerlo saber, y de tal manera no la grabaré.

b. *Confidencialidad:* toda la información confidencial será protegida.

c. *Retiro:* Usted es libre de retirarse de la entrevista y del proyecto en cualquier etapa de éste, y puede no responder cualquier parte de la investigación. Si desee retirarse, puede hacerlo inmediatamente y sin perjuicio de sus intereses.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, puede visitar el sitio de Internet de Word Learning y verificar sus políticas en *Investigación con Sujetos Humanos* en <http://studyabroad.sit.edu/documents/studvabroad/human-subjects-policy.pdf>, o contactar al Director Académico Dr. Daniel Poblete daniel.poblete@sit.edu, teléfono 990435658

Si usted tiene alguna pregunta o quiere obtener más información acerca de este estudio, por favor contácteme al número de teléfono/WhatsApp: +5682502200; o, al correo electrónico jzigman@wustl.edu

SIT Study Abroad

School for International Training



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE

PROYECTO DE ESTUDIO INDEPENDIENTE:

Estudios exploratorios del test rápido de VIH: cómo funciona el piloto del test rápido en la municipalidad de Arica y su rol potencial del test en logrando las metas 90-90-90 en Chile.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: **Julia Zigman**

Gracias por tomarse el tiempo de participar en este proyecto.

Mi nombre es Julia Zigman. Soy estudiante del programa *Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento de la Comunidad* de SIT Study Abroad, con sede en la ciudad de Arica, y me gustaría invitarle a participar en un estudio que estoy dirigiendo. Sin embargo, antes de que acepte participar en este estudio, es importante que sepa lo siguiente para tomar una decisión informada.

a. Privacidad: Toda la información que usted presente en esta entrevista puede ser grabada y protegida. Datos será anonimizados por el uso de descriptores basados en la edad, el género y/o carrera, en vez que nombres, en los resultados publicados de las entrevistas (ej. hombre, 24; o matrona, CESFAM). Si usted *no* quiere que la información sea grabada, me debe hacerlo saber, y de tal manera no la grabaré.

b. Confidencialidad: toda la información confidencial será protegida. Guardaré este documento de consentimiento informado que contiene un identificador específico (ie. firme) separada de todos datos recordados y otros identificadores específicos.

c. Retiro: Usted es libre de retirarse de la entrevista y del proyecto en cualquier etapa de éste, y puede no responder cualquier parte de la investigación. Si desee retirarse, puede hacerlo inmediatamente y sin perjuicio de sus intereses.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, puede visitar el sitio de Internet de Word Learning y verificar sus políticas en *Investigación con Sujetos Humanos* en <http://studyabroad.sit.edu/documents/studyabroad/human-subjects-policy.pdf>, o contactar al Director Académico Dr. Daniel Poblete daniel.poblete@sit.edu, teléfono 990435658

Si usted tiene alguna pregunta o quiere obtener más información acerca de este estudio, por favor contácteme al número de teléfono: +56 9 75144638; o, al correo electrónico jzigman@wustl.edu.

Por favor firme abajo si está de acuerdo en participar en este estudio de investigación, y admite tener 18 años o más.

Firma del participante: _____ Fecha _____

Firma del Investigador: _____ Fecha _____

Consentimiento para citar de la entrevista

Yo podría desear a citar de esta entrevista en los presentaciones o artículos resultando de este estudio. Un descriptor no identificable (ej. edad, género) usará para proteger su identidad.

Firme con las iniciales uno de los siguientes para indicar su elección.

(firme) Yo acepto ser citado en los presentaciones o artículos resultando de este estudio.

Reconozco que, a menos que se acuerde encima, no identificador personal será usado.

(firme) No acepto ser citado en los presentaciones o artículos resultando de este estudio.

Consentimiento para grabar el audio de la entrevista

Firme con las iniciales uno de los siguientes para indicar su elección.

(firme) Yo acepto ser grabado por la investigadora.

(firme) No acepto ser grabado por la investigadora.

Anexo D. Encuesta pública: el cuestionario. Solo secciones II y IV fueron analizados para los propósitos de este estudio.

I. Conocimiento general sobre el VIH

Para las preguntas siguientes, marque todos que están aplicables.

1. ¿De dónde ha recibido información sobre VIH?	<input type="checkbox"/> Clases sobre salud sexual en la escuela <input type="checkbox"/> Sus padres <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Amigos
2. ¿Cuáles son los medios que se puede transmitir el VIH?	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Semen <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Fluido vaginal <input type="checkbox"/> Sudor <input type="checkbox"/> Leche materna
3. ¿Qué métodos pueden proteger contra el VIH?	<input type="checkbox"/> Control anticonceptivo oral <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Ducha luego de contacto sexual <input type="checkbox"/> No besar a una persona con VIH

Para las preguntas siguientes, responda con su conocimiento del VIH. Si no está seguro, marque "no lo sé."

4. ¿En este momento, existe una cura para el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
5. ¿Conoce a alguna organización que existan para aumentar el conocimiento del VIH en su comunidad o universidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
6. ¿Hay información sobre la prevención y control de VIH en su consultorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
7. ¿Le gustaría aprender más sobre métodos para prevenir y tratar el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé

Para las preguntas siguientes, responda "sí" o "no" sobre su experiencia. Si prefiere no responder, marque "Prefiero no decir."

8. Ha conversado sobre el VIH con su médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
9. ¿Ha visitado una clínica u hospital para obtener información sobre el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
10. ¿Conoce sus resultados respecto a examen de VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir

II. Conocimientos sobre el test de VIH

Para las preguntas siguientes, responda según sus conocimientos sobre el test de VIH

1. ¿Sabe usted que el test rápido de VIH está disponible en Arica? Si no, prosiga a pregunta #	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2. ¿De dónde ha aprendido sobre la disponibilidad del test rápido? Marque todas respuestas posibles.			
<input type="checkbox"/> Campañas públicas (señales en buses; en su universidad, etc.)	<input type="checkbox"/> Redes sociales		
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Amigo/Boca a boca		
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Otro medio		
	<input type="checkbox"/> No he oído del test rápido		
3. ¿Si necesitara tomar un test rápido de VIH, sabe usted dónde podría realizarlo? Marque todas los lugares que ofrezcan el test rápido de VIH. Si no sabe si en la ubicación que usted visita realizan el test rápido, responda "no lo sé."			
CESFAMs	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
Hospital Regional de Arica "Dr. Juan Noé Crevani"	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
Universidad de Tarapacá	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
CRIPAC	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
Ferías / clínicas móviles	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
SEREMI de Salud	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé

Para las preguntas siguientes, responda según sus experiencias al diagnosticar.

4. ¿Cuántas personas se conoce que han tomado un test rápido de VIH? Encierre en un círculo la cantidad correspondiente.	0	1 - 3	4 - 5	6+
5. ¿Se ha realizado usted un test de VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Si no lo ha realizado, prosiga por favor a #6				
5a. ¿En caso de haber realizado un test, seleccione el por qué? Marque todas respuestas posibles.				
<input type="checkbox"/> En el control de embarazo				
<input type="checkbox"/> Una pareja sexual me preguntó				
<input type="checkbox"/> Tengo pareja con VIH				
<input type="checkbox"/> Después de un encuentro sexual arriesgado				
<input type="checkbox"/> Mi propio bienestar				
<input type="checkbox"/> Otra razón (marque acá) _____				
<input type="checkbox"/> Prefiero no decir				
5b. ¿Fue un test rápido de VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

Continuar en la página siguiente

5c. ¿Dónde se ha realizado un examen de VIH? Marque todas las ubicaciones en que se ha realizado un examen y el tipo de examen: test rápido o ELISA (no rápido).

CESFAM	<input type="checkbox"/> Test Rápido	<input type="checkbox"/> Test ELISA
Feria / clínica temporaria	<input type="checkbox"/> Test Rápido	<input type="checkbox"/> Test ELISA
Clínica móvil	<input type="checkbox"/> Test Rápido	<input type="checkbox"/> Test ELISA
CRIPAC	<input type="checkbox"/> Test Rápido	<input type="checkbox"/> Test ELISA
Hospital	<input type="checkbox"/> Test Rápido	<input type="checkbox"/> Test ELISA
Otro	<input type="checkbox"/> Test Rápido	<input type="checkbox"/> Test ELISA

5d. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó un examen de VIH?

en los últimos 3 meses en los últimos 6 meses en el último año en los últimos 2 años hace más que 2 años

6. Si nunca se ha realizado un examen de VIH, seleccione el porqué. Marque todas respuestas posibles.

<input type="checkbox"/> No sé cómo o dónde realizarlo	<input type="checkbox"/> No creo que lo necesito
<input type="checkbox"/> No puedo pagar	<input type="checkbox"/> No me importan los resultados
<input type="checkbox"/> No tengo tiempo	<input type="checkbox"/> Tengo miedo de que una pareja averigüe
<input type="checkbox"/> Vivo demasiado lejos de un sitio de exámenes	<input type="checkbox"/> Tengo miedo de ser percibido diferentemente por un resultado positivo

III. Prevención y comportamiento sexual.

1. En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado condón al tener relaciones sexuales?

- Siempre
- A veces
- Nunca
- Prefiero no decirlo

2. Si no utiliza condón, ¿por qué razones?

- Son incómodos
- Normalmente no tengo uno conmigo/no pienso en ellos
- Tengo confianza en mi pareja
- Prefiero no decirlo

3. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses?

- 0
- 1
- 2-5
- 5-10
- 10+
- Prefiero no decirlo

IV. Datos demográficos.

1. ¿Cuántos años tiene? _____
2. ¿Cuál es su estatus de trabajo?
 - a) Trabajando a tiempo completo
 - b) Estudiante
 - c) Ni trabajo ni estudio
3. ¿Cuál es su género?
 - a) Masculino
 - b) Femenino
 - c) No se identifica con ninguno de los dos
 - d) Prefiero no decirlo
4. ¿Se describiría como transgénero? Sí _____ No _____
5. ¿Cuál es su nivel de educación?
 - a) Enseñanza básica
 - b) Enseñanza media
 - c) Universidad
 - d) Estudios técnico
 - e) Post-título
 - f) Sin estudios
 - g) Prefiero no decirlo
6. ¿Cuál es su Estado Civil?
 - a) Soltero
 - b) En una relación
 - c) Acuerdo de unión civil
 - d) Casado
 - e) Divorciado
 - f) Separado
 - g) Viudo
 - h) Prefiero no responder
7. ¿Cuál es su orientación sexual?
 - a) Heterosexual
 - b) Homosexual
 - c) Bisexual
 - d) No sé ahora
 - e) Otro
 - f) Prefiero no decirlo