



## LEGISLATURA 367ª

### CEI 22 - ACTUACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD EN RELACIÓN A CRISIS POR TRATAMIENTO DEL VIH SIDA ENTRE 2010-2018.

Sesión 3a, celebrada el lunes 1 de abril de 2019

De 11:03 a 13:09 horas.

#### SUMA

- Exposición MUMS, Movil y Vivo  
Positivo.

#### APERTURA DE LA SESIÓN

Se inició la sesión a las 11:03 horas.

#### PRESIDENCIA

Presidió la diputada Claudia Mix Jiménez.

#### ASISTENCIA

Asistieron los diputados integrantes de la comisión, señores(as), Juan Luís Castro González, Ricardo Celis Araya, Jorge Durán Espinoza, Marcela Hernando Pérez, Claudia Mix Jiménez, Erika Olivera de la Fuente, Patricio Rosas Barrientos y Víctor Torres Jeldes.

Andrés Celis Montt fue reemplazado por Leonidas Romero Sáez, y Virginia Troncoso Hellman, por Iván Norambuena Farías.

Asimismo, Pablo Prieto Lorca.

Como invitados, concurren: el representante del Movimiento por la Diversidad Sexual, MUMS Chile, señor Fernando Muñoz Figueroa.

El representante de la Organización Vivo Positivo, señor Manuel Jorquera.

En representación del Movimiento de Integración y Liberación Homosexual, MOVILH, el señor Diego Ríos.

Por el ministerio de Salud, el asesor legislativo Jaime González Kazazian.

Actuó como Secretario Abogado accidental, el señor Cristián Ortiz Moreno.



### **CUENTA**

1. Excusa de la Fundación Iguales, solicitando nueva fecha para ser convocados.
2. Acuse de recibo del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, a reclamo interpuesto por la Comisión por la inasistencia del Ministro de Salud a la sesión de 18 de marzo pasado.
3. Propuesta de invitados del diputado Sergio Gahona.
4. Reemplazo en la presente sesión, del diputado Andrés Celis Montt por Leonidas Romero Sáez.
5. Reemplazo en la presente sesión de la diputada Virginia Troncoso Hellman por Iván Norambuena Farías.

### **ACUERDOS**

1. Oficiar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Teniendo presente la materia objeto de investigación, acordó consultar las estadísticas sobre prestaciones de salud en materia de VIH/Sida, en los centros de salud pública del país.
2. Oficiar al Ministro de Salud. Teniendo presente la materia objeto de investigación, acordó consultar qué convenios internacionales Chile ha suscrito –y en su caso, ratificado- en materia de prevención y tratamiento del VIH/Sida.
3. Oficiar al Ministro de Relaciones Exteriores. Teniendo presente la materia objeto de investigación, acordó consultar qué convenios internacionales Chile ha suscrito –y en su caso, ratificado- en materia de prevención y tratamiento del VIH/Sida.
4. Oficiar a la Biblioteca del Congreso Nacional. Teniendo presente la materia objeto de investigación, acordó solicitar se disponga del apoyo necesario de los funcionarios de esa Biblioteca para asistir a la Comisión, a fin de elaborar los informes que sobre la materia se le soliciten en el transcurso de la investigación.

### **ORDEN DEL DIA**

Expusieron el representante del Movimiento por la Diversidad Sexual, MUMS Chile, señor Fernando Muñoz Figueroa, el representante de la Organización Vivo Positivo, señor Manuel Jorquera, y en representación del Movimiento de Integración y Liberación Homosexual, MOVILH, el señor Diego Ríos.

El contenido de su exposición, en anexo.

\*\*\*\*\*



Para mayores detalles la sesión quedó grabada en un registro de audio en la Cámara de Diputados. Asimismo, registro audiovisual de la sesión en <http://www.democraciaenvivo.cl/player.aspx?STREAMING=streaming.camara.cl:1935/cdtvod&VODFILE=PROGC014878.mp4>.

Por haber cumplido con su objeto, se levantó la sesión a las **13:09** horas.

**CRISTIAN ORTIZ MORENO**

Abogado Secretario Accidental de la Comisión



## VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En el nombre de todos los dioses y de la Patria, se abre la sesión.

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

*-El señor **ORTIZ**, don Cristián (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Con el objeto de continuar con su cometido y dar cumplimiento a lo encomendado en el mandato, se ha invitado al representante del Movimiento por la Diversidad Sexual, MUMS Chile, señor Fernando Muñoz Figueroa; al representante de la Organización Vivo Positivo, señor Manuel Jorquera; al presidente del Movimiento de Integración y Liberación Homosexual, MOVILH, señor Gonzalo Velásquez, y al presidente ejecutivo de la Fundación Iguales, quien se excusó de asistir.

La sesión dura dos horas, pero esperamos que una hora sea tiempo suficiente para escuchar todas las exposiciones y así tener tiempo para realizar preguntas y observaciones.

Tiene la palabra el señor Fernando Muñoz.

El señor **MUÑOZ**.- Señora Presidenta, gracias por invitarnos a la comisión. Nos habría gustado contar con mayor participación de parte de los miembros de la comisión, sin perjuicio de ello, nos comprometemos públicamente a hacerles llegar la información. Si no vienen, nosotros los buscaremos. Es parte de nuestro trabajo como sociedad civil. Estamos relativamente acostumbrados a eso. Sin embargo, nos preocupa, porque se trata de una comisión investigadora cuyo fin es enfrentar una crisis sanitaria. Por lo tanto, a nuestro entender, deberían estar aquí, pues para eso conforman la comisión.

Soy parte del Movimiento por la Diversidad Sexual, organización que nace en 1991, y que inicia su trabajo sobre el VIH en 1997, de la mano de la entonces Comisión Nacional del Sida, que hoy corresponde al Programa Nacional de VIH.

Nuestro trabajo fundamental ha estado enfocado en salud sexual, en derechos humanos y participación, en conjunto con el Ministerio de Salud, la Segegob, el Conicyt y algunos organismos internacionales como el ONUSIDA, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación Ford, Hivos y Robert Carr, entre otros, lo que demuestra más de veinte años de trayectoria en la materia.

Existen algunos temas que nos parecen importantes de aclarar, especialmente, porque sabemos que no todos los miembros de la comisión manejan al dedillo la epidemiología. En primer lugar, creemos importante definir algunos elementos según el concepto entregado por un organismo internacional calificado, como es ONUSIDA, en cuanto a las características de las epidemias. De hecho, nos parece que uno de los problemas que ha tenido



Chile ha sido la mala calificación o la forma en que se ha enfrentado la epidemia, específicamente.

En general, se cataloga una epidemia como incipiente cuando todas las poblaciones no presentan más allá de una prevalencia; es decir, más allá del 1 por ciento, que es más o menos el caso chileno. Sin embargo, el caso chileno presenta una población donde la concentración de casos es mayor a 5 por ciento en el universo de hombres que tienen sexo con hombres, el cual abarca a hombres gays, transfemeninas y hombres que no se reconocen como homosexuales o gays, pero que igualmente tienen prácticas sexuales con otros hombres, lo cual es bastante más extendido de lo que la gente cree.

Por lo tanto, entramos en la categoría de una epidemia concentrada; es decir, una epidemia que se ha propagado específicamente en una población, pero que al ver la panorámica completa, está presente en menos del 1 por ciento de la población.

La epidemia tiene sus características, pero también la posibilidad de enfrentar de manera más adecuada la epidemia al focalizar los recursos en la población específica afectada. Pero nosotros creemos que esto no se ha dado. Si bien es cierto en algún momento, en Chile, esto se ha hablado, uno de los problemas que nos llevó a tener una crisis sanitaria en relación con el VIH, fue precisamente no haber enfrentado adecuadamente la epidemia. Más bien la hemos tratado como una epidemia general, lo que nos ha afectado.

Nos parece importante hablar de poblaciones claves o con mayor riesgo de exposición al VIH, que se refiere a aquellas que tienen más probabilidades de estar expuestas al VIH o de transmitirlo, por lo que su participación es fundamental, de cara a obtener una respuesta de éxito frente al VIH. Reitero que no son definiciones nuestras, sino de ONUSIDA, y cualquier diferencia la pueden discutir con ellos.

Ahora que están tan de moda los temas de género, es importante darle una mirada de género al combate de la epidemia, y una de las cosas importantes es que se trata de una epidemia masculina.

El gráfico en exposición es nuestro, pero está elaborado con datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. De los casos existentes, 36.000 corresponden a hombres, es decir, el 84 por ciento, y solo el 14 por ciento corresponde a mujeres. Lamentablemente, ha crecido la epidemia entre las mujeres, pero sigue estando fuertemente concentrada en varones, por lo tanto, es ahí donde debemos poner el énfasis.

La misma fuente, es decir, el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, reporta que hasta 2015 la mortalidad por VIH se concentraba en un 87 por ciento en varones. Eso ocurre porque su reporte suele ser tardío, es decir, el diagnóstico de una persona con VIH o en etapa SIDA se da más en varones que en mujeres. En cambio, la población femenina adhiere más a los controles de salud, lo que explica que su diagnóstico sea más temprano.

En el 66 por ciento de los casos se “declara” que eso es por vía de relaciones entre hombres. La palabra “declara” aparece entre comillas en la presentación porque dicha información proviene de una declaración.



De acuerdo con el mismo Departamento de Epidemiología del Minsal, ese perfil evidencia la mayor vulnerabilidad de esos grupos, que presentan dificultades de acceso a las estrategias de prevención y a los servicios de salud disponibles. Más adelante citaré otros factores.

En relación con la prevalencia, hablamos de la cantidad de casos que existen en una población específica o en un grupo determinado, en hombres, en mujeres, en jóvenes o en adultos. Estos datos son de 2014. No están más actualizados porque no encontré una ponencia con un cuadro más reciente. Sin embargo, la epidemia no ha cambiado mucho. Hay que mirar las tendencias epidemiológicas y la epidemiología a largo plazo.

En el estudio Chiprev, de 2010, la prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres es de 21 por ciento, mientras que el cálculo de Onusida lo situaba en 10,43 por ciento. Las mujeres trabajadoras sexuales aparecen con 0,63 por ciento, los hombres clientes de comercio sexual con 0,43 por ciento, las personas privadas de libertad con 0,50 por ciento, las mujeres de población general con 0,05 por ciento y los hombres de población general con 0,12 por ciento.

Cabe mencionar que existe un estudio más reciente realizado por la Universidad de Chile que, dicho sea de paso, no contó con financiamiento del Ministerio de Salud, sino de Conicyt. Según ese estudio, la prevalencia de hombres que tienen sexo con hombres alcanza 17 puntos. Estamos hablando de un estudio de 2017, cuyos autores son la doctora Valeria Stuardo y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. A modo de sugerencia, creo que sería conveniente invitar a esta comisión investigadora a Valeria Stuardo y a su equipo, para que hicieran la presentación de dicho estudio.

Expondré algunos elementos que nos parecen relevantes. La primera etapa abarca desde la creación de la Comisión Nacional del SIDA hasta el año 2000. Hablo de una comisión nacional compuesta por varios subsecretarios, transversal, que implicaba muchos más elementos. Por tratarse de una comisión presidencial, su estatus era mucho mayor que el de un programa de cuarto nivel, como el de hoy, según el organigrama del ministerio.

En esencia, durante los primeros años de la Comisión Nacional del SIDA se cumplieron *grosso modo* los objetivos, es decir, se alertó a la población, se hicieron campañas masivas y se instaló el tema en la sociedad, según el reporte de evaluación.

La Dipres ha hecho dos evaluaciones al programa nacional de VIH, una de ellas en 2000 y la otra en 2010. Es interesante revisar esas evaluaciones de la Dipres, que entregan bastantes elementos. Nosotros solo hemos hecho citas de algunos de ellos.

Específicamente, coincidimos con la evaluación de la Dipres en que, en términos generales, en esa primera década se cumplió con instalar el tema del VIH. Uno de los objetivos que plantearon fue realizar campañas anuales. La última se había hecho en 1997 y estábamos en 2000, de modo que habían pasado tres años en que no se habían hecho campañas. Ellos recomendaban que, para mantener la alerta social, era necesario hacer campañas anuales.



Otra de las conclusiones a que llegó esa comisión de la Dipres fue profundizar acciones preventivas, porque eran más baratas y se llegaba directamente a la población. La cita de Dipres, como se ha señalado reiteradamente en este informe, dice que resulta esencial profundizar en las acciones preventivas, que son de menor costo, separando claramente su financiamiento de las drogas antirretrovirales. Hay que recordar que los antirretrovirales en el tratamiento para el VIH aparecen a fines de los años 90. En esa época empezó la carrera desenfrenada por el gasto en medicamentos, pero no se aumentaron los presupuestos de prevención.

Un segundo periodo abarca desde el año 2000, es decir, después de esa primera evaluación de la Dipres, hasta el 2011, en que se hizo la segunda. Estamos hablando de los gobiernos de Ricardo Lagos y de Michelle Bachelet en su primer mandato. Hay que recordar que en esa época, en 2005, nació la Subsecretaría de Salud Pública y se implementó el Plan AUGE.

Aquí se plantean dos temas que nos parecen relevantes. El primero es que, cuando se creó la Subsecretaría de Salud Pública y se nombraron las respectivas autoridades sanitarias, se le traspasó a las seremis de Salud la posibilidad de realizar acciones directas y la Conasida se transformó solo en un ente normativo. Las seremis iniciaron el trabajo directo con las poblaciones más vulnerables y el tema prioritario comunitario.

En 2009 preguntamos por ley de transparencia el monto total destinado por las seremis de Salud a proyectos de prevención grupal, que fue de aproximadamente 140 millones de pesos. Si uno divide ese monto por la población total, era bastante poco.

De ellos, solo 12.800.000 pesos fueron destinados a iniciativas focalizadas, porque también se gastaba mucho en capacitaciones y otras actividades. De ese total, solo un 22 por ciento fue destinado exclusivamente a hombres que tienen sexo con hombres, según la respuesta que nos entregaron ese año por ley de transparencia.

Lamentablemente, la situación se mantiene más o menos igual hasta hoy, con cifras del orden de 140 o 145 millones de pesos para prevención por año, que es lo que ejecutan las autoridades sanitarias a nivel nacional. Con suerte hemos aumentado en la misma medida que la inflación, y tal vez ni siquiera llegamos a eso. La invitación es a que revisemos esas cifras.

Esto ocurre diez años después y ha sido sucesivo en todos los gobiernos, independientemente de su signo. Recuerden que entre 2003 y 2008 existió el fondo global de lucha contra el SIDA, que fue un proyecto adicional de varios millones de dólares que se hizo con cooperación internacional, lo que de alguna forma ocultó nuestras falencias.

Como pueden ver, el Estado no aumentó la inversión en prevención de VIH pero empezó a crecer el gasto en medicamentos, porque eso se vinculó al Plan AUGE. Mientras el gasto en medicamentos mostraba una notable curva ascendente, el gasto en prevención seguía absolutamente estancado, y así ha sido hasta el día de hoy. En vista de ello, dijimos muchas veces que sería absolutamente previsible enfrentar una crisis sanitaria de casos de VIH.



Acá tenemos el informe de Dipres del año 2010, que fue la segunda evaluación que hizo ese organismo. En algún momento señalaron el tema de las coberturas y, como pueden ver, en 2006 el porcentaje de cobertura fue de 23,1 por ciento; en 2007 bajó a 6,4 por ciento, en 2008 se situó en 18,1 por ciento y en 2009 en 2,0 por ciento, con bastantes irregularidades. Eso quiere decir que desde 2008, cuando desapareció el fondo global, vamos a la baja.

El informe de Dipres concluye con una serie de recomendaciones. La primera de ellas fue fortalecer y ampliar las acciones de prevención, de modo de alcanzar a las poblaciones vulnerables, prioritarias y emergentes, actualmente con coberturas muy insuficientes. La segunda fue avanzar en la detección precoz del VIH. Lo pueden revisar en la página 179 de la segunda evaluación de Dipres. Ahí están las dos recomendaciones que indico, ninguna de las cuales fue acogida.

Ese informe fue entregado a la subsecretaria de Salud, doctora Liliana Jadue, durante el primer gobierno de Sebastián Piñera. Existe un oficio en que la doctora Jadue dice que ha recibido esas recomendaciones de la Dipres y que procederán a considerarlas para la política sanitaria, lo cual obviamente no ocurrió. Es importante recordar ese punto. Pueden ver mayores antecedentes en el informe de la Dipres.

En conclusión, si bien se cumplieron las normas generales de prevención en el primer periodo, en la segunda década el tema estuvo bastante más complejo, en especial después del año 2000. Ya en 2011 se visualizaban con mucha claridad los problemas y, sin embargo, no se hicieron las correcciones. La Dipres hizo las advertencias y también la sociedad civil.

En 2011 se lanzó la campaña “Hazte el examen”, encabezada por el entonces ministro de Salud, Jaime Mañalich, la que fue bastante cuestionada por la sociedad civil. Dicho sea de paso, el ministro Mañalich nunca nos recibió, pero de igual forma lo fuimos a ver cuando lanzó la campaña.

Esta campaña fue cuestionada porque daba un giro, dejaba de lado la prevención y comenzaba a hablar sobre el testeo, que no es malo; sin embargo, nos parecía inconveniente hacer una campaña sin la participación de la sociedad civil, lo cual se establece en la denominada ley del VIH; y por otro lado, nos preocupaba centrar todo el esfuerzo en la promoción del examen -un elemento biomédico-, dado que no previene el VIH, sino las crisis de salud por SIDA. Hay que recordar que el VIH es una cosa y el SIDA se refiere a las personas cuando ya están en crisis de salud. Es decir, el examen de detección nos ayuda a prevenir el SIDA, a bajar las crisis por VIH y tal vez la mortalidad, si lo hacemos bien; pero, insisto no previene la adquisición del VIH, eso lo hacen las conductas saludables, por ejemplo, el uso permanente de condón.

Por lo tanto, nos preocupaba esa materia, que tratamos de hacer saber. Lamentablemente, tuvimos discusiones, incluso recurrimos a la Contraloría y pasó lo que pensábamos, el subsecretario de Salud, señor Jorge Díaz -conocido por el tema de los mineros-, señaló lo siguiente al final de la campaña: “nuestras fallas están en que no hemos identificado quiénes son aquellas personas que pudiendo estar tratadas y evitar el contagio, no se han hecho el examen.”



¿Eso qué quiere decir? Que se hicieron muchos exámenes, pero encontraron muy pocos casos, porque el ministerio no fue capaz de dirigir los esfuerzos hacia los lugares donde efectivamente estaba la epidemia. Por tanto, la estrategia de hacer el examen, que es muy biomédica y muy centrada en el tratamiento, no fue efectiva.

Hace poco tiempo -2017-, la diputada Karol Cariola hizo una consulta a la entonces ministra Castillo, sobre los montos de la prevención -la lámina muestra la respuesta que se entregó-. Como pueden ver, no habíamos avanzado entre 2009 y 2017, seguíamos estando en 145 millones. Creo que el dato de Atacama que aparece en la lámina está malo, debe faltar un cero, porque no creo que sean 500 mil, sino 5 millones, pero entre 145 millones y 150 millones no hay mayor diferencia.

Ahora bien, cruzamos la información que nos entregó el ministerio con el número de la población, de acuerdo al último Censo. En la última columna se puede apreciar el tema *per cápita* y, como pueden ver, es bastante bajo. Por ejemplo, en la Región Metropolitana tenemos 5 pesos por persona para hacer prevención, es decir, lo que tiene la seremi de Salud de la Región Metropolitana para hacer prevención en la región más poblada del país, lo mismo pasa en la Región de O'Higgins y la de Valparaíso tiene 12 pesos, con eso no se compra ni siquiera un condón, que cuesta alrededor de 80 y 100 pesos si se compra al por mayor.

Por otro lado, las coberturas que se entregan al ministerio, es decir, la asignación que tiene a través de las acciones preventivas que desarrolla la seremi, son absolutamente limitadas. Esto no significa que la estrategia sea mala o que el Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA tenga malas ideas, sino que si a una política pública no le inyectas recursos, simplemente no existe. Es así de claro y fácil.

Entonces, el diseño general de la política pública estaba bien hecho, pero la inversión fue absolutamente baja. El doctor Beltrán, principal asesor del ministro para las materias relacionada con el VIH, en varias ocasiones ha señalado que la prevención tradicional no funciona, que hay que medicar todo. Sin embargo, hay que decirle al doctor Beltrán -se lo he dicho, ya que nos cruzamos permanentemente- que la prevención funciona cuando se hace la inversión necesaria. Nos gustaría ver a los doctores, a los infectólogos, sin sus medicamentos para ver qué hacen. El caso de la prevención funciona si se invierten recursos. Como diría el hermano del Presidente: tenemos un Mercedes Benz, pero si no le echamos bencina no funciona. Para hacer un poco de analogía.

Ahora bien, entendemos que todo esto está afectado básicamente -espero que algunas organizaciones profundicen sobre el tema- porque los principales afectados son esencialmente hombres gay y transfemeninas. Creemos que detrás de esto efectivamente hay sesgos que tienen que ver con la orientación sexual y con la oposición que sectores conservadores han tenido respecto de la promoción del preservativo, en particular, a los derechos de la diversidad.



Hay temas, vasos comunicantes importantes entre ellos, como el testeo. Por ello, veremos algunos elementos generales y hablaremos del boletín epidemiológico del Instituto de Salud Pública.

En primer lugar, se observa que los exámenes de mujeres doblan a los de hombres en 2013, llegan al 69 por ciento de los exámenes realizados. Entonces, es bastante contradictorio que cuando vemos los exámenes que se realizan dentro de la salud pública, casi el 70 por ciento de ellos sean de mujeres, cuando en realidad esta es una epidemia que en más de 80 por ciento de los casos corresponde a varones. Esto tiene que ver con una inequidad de nuestro sistema público de salud que está muy centrado en la salud reproductiva, en el control de embarazo y esos elementos, y deja por fuera a los hombres jóvenes y a los varones en general. Esto no quiere decir que hay que bajar la guardia con las mujeres, al contrario, hay que reforzarla, porque hay metas que comprometer en este ámbito, sobre todo con la transmisión vertical. Lo que planteamos es que hay una inequidad, una brecha que saldar, particularmente con los varones, en especial, con los más jóvenes. Esas son parte de las cosas que nos preocupan.

Otro elemento importante es que a partir de 2013 el sistema privado está diagnosticando más que el público, una preocupación que nos llama la atención, porque el sistema privado realiza muchos menos exámenes que el público, pero encuentran más casos. Por lo tanto, algo está pasando si el sistema privado está siendo mucho más eficiente que el público en pesquisar casos. Por tanto, hay que poner atención, porque el sistema público atiende al 80 por ciento de los chilenos, a los que pertenecen al Fonasa, y hay que reforzar esa posibilidad.

El señor **TORRES**.- Respecto de ese punto, en el caso del sistema privado, ¿los pacientes llegan por consulta espontánea o hay un programa que lo focaliza? Lo pregunto, porque la salud pública lo que hace – o debiera- habitualmente es focalizar políticas determinadas, en cambio a la privada, habitualmente se llega por consulta espontánea.

El señor **MUÑOZ** (don Fernando).- Sí, mayormente por consulta espontánea. Aunque en el caso del sistema público, también han subido los casos de consulta espontánea en el último quinquenio.

El señor **TORRES**.- ¿A qué atribuyen ustedes que puede ser más eficiente?

El señor **MUÑOZ** (don Fernando).- Esencialmente, tiene que ver con que –y esto lo hemos conversado, el Colegio de Matronas puede entregar más antecedentes al respecto- el VIH nos está entre las prioridades de la salud pública, en particular de la atención primaria de salud. La atención primaria de salud tiene otros indicadores, su *per cápita* y su presupuesto dependen del número de mujeres embarazadas y del número de controles que realizan en otras enfermedades, no por el VIH. Hoy tenemos test rápidos en muchos consultorios, pero cuando una persona solicita un examen de VIH, el test puede estar listo en 15 minutos, pero la hora se la dan para tres o cuatro semanas después.

Entonces, por mucho que tengamos test rápidos, si te van a dar una hora para un mes después, indudablemente, eso desincentiva, mientras



que una persona que tiene su orden puede recurrir a un laboratorio privado y realizar el examen en menos tiempo.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada señora Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señora Presidenta, por su intermedio, quiero saludar a nuestro invitado y preguntarle si tiene conocimiento respecto de que en el ministerio o en la atención primaria, o dentro de la estructura de la red, se haya instalado el tema del número de exámenes, como compromiso de gestión. Ello, porque estimula por cumplir una meta de gestión y recibir un dinero, los funcionarios van a tomar grandes cantidades de exámenes, pero no necesariamente van a focalizar. ¿Tiene algún grado de conocimiento sobre eso?

El señor **MUÑOZ** (don Fernando).- En general, sabemos que se han puesto metas que están relacionadas con los servicios de salud, pero no tenemos información respecto de si ha sido incluido efectivamente en los consultorios –hablo de la atención primaria-; sí sabemos que existen compromisos a nivel general del ministerio y a nivel de los servicios de salud. Pero, hasta ahora, aparentemente existe una preocupación mayor a través de los operativos o campañas, más que la instalación en la estructura, por decirlo de alguna manera. Les recuerdo que se estaban desarrollando campañas de verano por parte de los servicios, pero más bien de carácter operativas, es decir, salidas a la calle, pero no necesariamente como parte de la estructura.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- ¿No será que eso ocurre porque hay una política ultrafocalizada que tiene que ver con que toda mujer embarazada debe hacerse el test de VIH?

El señor **MUÑOZ** (don Fernando).- Dos test.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Lo digo en el sentido genérico. Me refiero a que debe ser escrutada en términos de VIH y, por eso, hay un mayor número de test realizados a mujeres, porque es obligatorio para la mujer embarazada que lo tenga. Eso podría explicar que en el sistema privado se detecten más, porque respecto de las mujeres que ingresan al sistema privado, toda mujer embarazada debe tener un test de VIH. Por lo tanto, el rendimiento del *screening* a lo mejor podría ser distinto.

Tiene la palabra el señor Muñoz.

El señor **MUÑOZ** (don Fernando).- Señor Presidente, en primer lugar, a nosotros nos parece buena la idea de hacer testeo, sin embargo, el testeo debe ir acompañado de acciones de prevención. Tal como lo hemos dicho, el testeo ayuda a prevenir las crisis de SIDA, pero el testeo no previene, sino es una evaluación y efectivamente, tal como lo plantea el diputado Ricardo Celis, buena parte de los exámenes corresponden a que las mujeres embarazadas realizan dos exámenes; uno durante la primera mitad del embarazo, y otro cuando están próximas al parto.

Por lo tanto, la mayoría de las mujeres realiza dos exámenes, lo que a nosotros nos parece muy bien. Pero el problema acá, y a lo que nosotros apuntamos, es cómo hacemos para abrirles las puertas de salud a los hombres jóvenes, a los varones gay y las transfemeninas, porque efectivamente acá hay una dificultad de acceso; hay una brecha, una inequidad presente y que



ha sido histórica, que tiene razón en la estructura de nuestra salud centrada en el tema materno infantil, pero está centrada en las bajas coberturas.

La verdad es que históricamente hay organizaciones que hemos trabajado y colaborado con el Ministerio en la implementación de la prevención, pero hemos hecho solo lo posible con los presupuestos mencionados, porque con presupuestos como los que ustedes pudieron ver es difícil que se pueda hacer prevención. Además, esos presupuestos no han cambiado para el presente año. En nuestro caso, respecto de los presupuestos asignados, luego de una reunión con la seremi de la Región Metropolitana, el monto es similar al del año pasado, es decir, 30.000.000; con los cuales se debe hacer prevención para 7.000.000 de personas. Por lo tanto, consideramos que es bastante bajo el monto asignado, lo que es preocupante.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Leonidas Romero.

El señor **ROMERO**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero preguntar a don Fernando.

Respecto de los resultados hombre-mujer, me gustaría saber si hay un informe real y efectivo de cuántos niños nacen anualmente en nuestro país con el VIH.

El señor **MUÑOZ** (don Fernando).- Señorita Presidenta, sí, los hay. El Minsal lo tiene, pero en Chile, durante varios años, no tuvimos casos. Sin embargo, en los últimos años ese proceso se revirtió. Actualmente, está en un proceso de confirmación y la verdad es que afortunadamente son bastante pocos los casos.

Si bien cada caso es preocupante, no es un tema masivo, pero los datos están en el Ministerio.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Continúe con su presentación.

El señor **MUÑOZ** (don Fernando).- Señorita Presidenta, en resumen, como ya lo dijimos, en general el diseño de los 90 estuvo bien. Sin embargo, se visualizaban deficiencias, las cuales no fueron corregidas por los sucesivos gobiernos.

La epidemia sigue siendo una epidemia concentrada. La epidemia no ha cambiado en 30 años, por lo que sigue siendo exactamente igual. Es una epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans. En el 99 por ciento de los casos es de transmisión sexual pero, tal como señalaba, la transmisión vertical sigue siendo muy pequeña, predominantemente en jóvenes entre 20 a 40 años.

La evaluación de la Dipres, en 2000, claramente indicaba la necesidad de mantener las campañas y mejorar las acciones de prevención. Esta recomendación no fue implementada ni en los gobiernos de Ricardo Lagos ni en el de Michelle Bachelet.

La incorporación del plan AUGE garantizó la cobertura de la terapia antiviral y permitió estabilizar la mortalidad durante algunos años. Si bien esta se estabilizó durante un período de tiempo, sin embargo, hoy tenemos una mortalidad mucho más alta de la que nos habíamos propuesto,



que era llegar al 2020 con una tasa de mortalidad de 1.2 personas por cada 100.000, pero la tasa actual es de 2.9, lo que es casi el triple. Por lo tanto, estamos sumamente mal respecto de la mortalidad.

Sí debo decir que el plan AUGE fue, por lo menos respecto de las terapias antivirales y acceso a medicamentos, indudablemente un gran salto, lo que llevó a Chile a liderar la región en estos temas. Al respecto, el problema no lo tenemos en los medicamentos, sino en las nuevas personas que adquieren el virus.

A nuestro entender, existen claras deficiencias presupuestarias respecto de algunas cosas. La implementación de la Respuesta Regional Integrada, que es un buen modelo en términos generales, siempre es mejorable, está estancado en 145.000.000 anuales para todo el país, lo que resulta obviamente insuficiente.

Las recomendaciones de la segunda evaluación de la Dipres no fueron implementadas, a pesar de ser recibidas por la subsecretaria Liliana Jadue, las cuales indicaban la necesidad de mejorar las coberturas en las poblaciones claves.

El sistema público de salud presenta barreras en el acceso para hombres que tienen sexo con hombres, para realizar los exámenes y para los hombres en general.

Finalmente, la ausencia de campañas permanentes ha repercutido en la percepción de riesgo frente al VIH. Por otra parte, las campañas de testeo no han logrado llegar a las poblaciones más afectadas. Es más, cuando preguntamos por la última campaña de VIH, efectivamente nos contestaron vía Transparencia, que no había ninguna metodología de focalización para hombres que tienen sexo con hombres o para mujeres trans en la última campaña desarrollada el año pasado.

Las organizaciones que trabajan en VIH en forma permanente, en todos los gobiernos, informaron acerca de estas falencias. El primer día del anterior gobierno de Sebastián Piñera le entregamos una carta que daba cuenta de este tema, y al cumplirse el primer año de ese gobierno entregamos una segunda carta. También nos reunimos con el ministro Erazo, le escribimos al ministro Mañalich, nos reunimos con la ministra Castillo, es decir, hemos hecho la pega.

En consecuencia, proponemos ampliar las coberturas en prevención primaria del VIH en las poblaciones clave, mediante el fortalecimiento de la Respuesta Regional Integrada, que es el modelo que existe. Aquí, no se trata de inventar cosas novedosas, por tanto, incorporar la prevención combinada del testeo y PrEP, con énfasis en las poblaciones más expuestas al riesgo; eliminar las barreras de acceso al testeo en las poblaciones clave, en hombres en general, y establecer relaciones de coordinación con la sociedad civil, tomando como referencia el tiempo del Fondo Global.

En ese sentido, nos referimos a que, en algún momento, sí logramos trabajar articuladamente la sociedad civil y el gobierno, en muchos temas. Por ejemplo, frente al tema del Fondo Global, había una mesa común, había un comité país, es decir, había una instancia donde nos juntábamos para



discutir estos temas. Hoy, esa relación está quebrada y por lo tanto una buena opción sería tener la posibilidad de retomar ese contacto.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Muchas gracias por su intervención.

Tiene la palabra el representante de la organización Vivo Positivo, señor Manuel Jorquera.

El señor **JORQUERA**.- Señorita Presidenta, quiero agradecer la oportunidad de participar en esta comisión, que es histórica, pues nunca se había creado una instancia como esta para abordar un tema que, para nosotros, es del todo sensible.

Partiré mencionando algunos hitos que han ocurrido. En primer lugar, el desmantelamiento de los programas gubernamentales de control del VIH, que desde 2008, la respuesta gubernamental al VIH se ha visto disminuida hasta hacerla inoperante; los logros alcanzados, gracias al Fondo Global, para la lucha contra el SIDA no fueron sostenidos por el Estado chileno para su continuidad; y los equipos técnicos, de la entonces Conasida, que existían hasta 2008, fueron desmantelados.

Hemos tenido años sin campañas de prevención. Si bien en algunas campañas se hablaba aisladamente del VIH, tal como lo planteó Fernando Muñoz, no consideramos que un test rápido o un test de Elisa sea en la actualidad un testeo. Esto ya se hace desde hace diez años. En principio lo hizo Jaime Mañalich y fue algo novedoso, porque incluso se incorporó en el AUGE, pero esto sería controlar el embarazo adolescente y ofertarles el test de embarazo a las mujeres. No es educativo. Es preventivo de Sida, y corresponde que lo haga el Ministerio de Salud, pero bajo el pilar de Redes Asistenciales, cuando las personas ya tienen el diagnóstico, y no en salud pública, que es cuando se está previniendo.

Se eliminaron o se redujeron a su más mínima expresión las respuestas regionales al VIH, que es una bajada a piso de la campaña nacional, que es a lo que se refiere cuando se habla de una población más focalizada.

Las pocas campañas de prevención, si es que las hay, se hacen una vez al año, y se concentran en la toma del examen como si eso fuera prevención. Por ejemplo, si el mandatario o la mandataria tienen que ir a ver al papa, no hay campaña; si hay elecciones de alcaldes, no hay campaña. Siempre hay un tema valórico detrás de las campañas, y como se hace el 1 de diciembre, no es muy popular abrazarse a esta causa.

EL ministerio tiene dos pilares: salud pública y Redes Asistenciales. Salud pública genera normas en escritorio sin preguntarle al otro, quien lo va a ejecutar. No hay una red asistencial para cumplir dichas normas. Entonces, escriben lo que se les antoja, porque si no hay presupuesto y eso no es viable, es como dispararse en los pies.

Es imposible atender la demanda actual, dada la incapacidad de la red asistencial y de los equipos de salud, que siguen igual que en la década del 2000.



Trabajo muy apegado a los centros de salud, y las personas que laboran ahí tienen una ignorancia que da miedo, que da escalofrío, y no porque sean malas o tontas, sino porque no han sido capacitadas, no están actualizadas, no tienen idea de la información que nosotros manejamos y que deberían tener todos los chilenos, porque así lo contempla la ley N° 19.779, ley del SIDA, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas. No es un antojo, estamos hablando de una patología que tiene ley propia.

Desde la creación de la Comisión Nacional del SIDA a la fecha se han registrado interrupciones y parcelaciones en la entrega de antirretrovirales hasta más no decir.

No hay un mecanismo eficaz que permita que el Estado compre estos medicamentos en las fechas y cantidades adecuadas, pese a que se sabe cuándo y cuánto se requiere. No se han registrado incrementos en la demanda para suplir un *stock* crítico, como se haría en cualquier compra pública.

Por ejemplo, hay un medicamento llamado Genvoya, uno de los últimos medicamentos, que lleva un año de uso en el servicio privado y el Estado recién lo adquirió hace dos semanas para el sistema de salud pública, y está en plaza en el Hospital Del Salvador, y puedo dar fe de ello.

Hay otro medicamento, el Efavirenz, cuyo nombre comercial es Stocrin, que cuando iba a vencer su patente comprometió al Estado con una compra por cerca de dos años, y eso imposibilitó que se entregara el Atripla, que es Efavirenz más Truvada en una sola pastilla, que favorece bastante la adherencia.

Entonces, mientras que en el servicio privado entregaban el Atripla, que era genérico, acá se estaba entregando un innovador con un genérico, y después de dos años el Atripla pasó sin pena ni gloria en el servicio público porque ya lo había puenteado el Raltegravir.

Hoy leí que Juan Carlos Corbeaux, que está encargado de las compras del Cenabast, curiosamente trabajó en el laboratorio Glaxo, compañía que ha tenido un aumento en las compras de 7.116 millones de pesos y de 20.000 millones este año. No lo conozco, a pesar de que soy el presidente del Consejo Consultivo de la Cenabast. Tengo reunión el miércoles, pero voy a estar con el director jurídico, porque entiendo que él no puede firmar asuntos que tienen que ver con la Cenabast. Estas cosas son inentendibles para mí.

Respecto de la excesiva burocracia para el acceso al control, por una parte la autoridad hace un llamado a tomarse el examen, pero cuando uno se va a inscribir piden una serie de requisitos. Esto es como cuando se quiere prevenir la obesidad infantil, se habla de poner sellos a tales comidas o de los carros que venden completos, pero los cabros chicos guatones no le interesan a nadie.

Es lo mismo que cuando las personas adquieren el VIH: nadie se hace cargo de ellos.

Nos parece que los llamados son irresponsables cuando no tienen soporte; va en perjuicio de los programas que ya están atendiendo a



personas, con desmedro de los profesionales. Hay una guía clínica que recomienda que cada quinientos pacientes haya una enfermera y un médico, pero eso no se cumple.

Por otra parte, Fonasa ha establecido criterios contrarios a las leyes chilenas y a los derechos humanos bloqueando el acceso a tratamientos por razones administrativas. O sea, si una persona que pertenece al Fonasa queda sin trabajo, la bloquean en el sistema, algo que no hacen las isapres, donde las personas sin trabajo quedan cubiertas por un mes. Vinimos a la Comisión y eso se levantó.

Hoy cuando se quiere inscribir a un extranjero y no cuenta con su RUT no hay ninguna forma de tomarle una muestra. Se les dice que pidan un RUT provisorio, pero el problema es que tiene que pasar un mes y un día, y en el día treinta y dos de residencia en Chile recién puede elevar una solicitud de permanencia en el país, y con ese solo trámite, aunque sea informado vía correo, queda habilitado para la generación de un RUT. Cuando ello ocurre, el día treinta y dos de permanencia en Chile le pueden tomar la confirmación, porque este test rápido, o el de Elisa, solo miden los anticuerpos y no declara su serología. Solo lo hace el Instituto de Salud Pública (ISP).

Entonces, al día treinta y dos se le agregan treinta días más para que él pueda saber si tiene el VIH o no. Si lo tiene, con el certificado que solo da el ISP recién va a tener derecho a acceder al plan AUGE, que cubre la patología Nº 18, Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Lo primero que le van a hacer es tomar la carga viral para conocer el recuento de CD4, y con eso estamos hablando de quince días más. Entonces, ya llevamos sesenta y dos días, más quince días. Después, hay que gestionar una hora al médico, y la hora más próxima es en tres meses en este minuto. Es decir, a quien llame hoy le darán hora para tres meses. Sin embargo, como él es un caso de inscripción, seguramente lo van a hacer en un mes. Por lo tanto, hablamos de una gran cantidad de días.

¿Ustedes se pueden imaginar cuántas personas se infectan por esta estupidez que hace Fonasa?

¿Acaso piensan que estas personas no van a tener relaciones sexuales durante cien días o cien noches?

Muchas veces son personas que pagan su hospedaje con su cuerpo o tienen que recurrir a otras formas para conseguir trabajo. Por eso, esto nos parece inhumano.

Y ahora no pueden escribir en el tubo. Tienen que ingresar ciertos caracteres para crear un código de barra que una máquina lea automáticamente. De esa forma estamos usando la tecnología en contra de la juventud, en contra de las personas y en contra de la vida. ¡Eso no puede ser!

La creciente deuda que tiene el Estado es algo que no entiendo, porque tiene refrendación presupuestaria. O sea, antes de emitir una orden de compra se debe tener un respaldo que diga que hay dinero antes de girar un cheque.

El incumplimiento y las obligaciones financieras del Estado hacen peligrar la entrega de los medicamentos por parte de los laboratorios



que los producen, lo que lleva a que exista un desfase respecto del sistema privado, que es bastante más ordenado y más avanzado.

Por lo tanto, no es ciencia ficción que estemos pensando en países como Suecia o en ciudades como Ámsterdam, sino que estamos pensando en el mismo Chile continental e insular, pero que está cubierto con otra prestación.

Hay situaciones en que los laboratorios deben conseguir medicamentos para Chile por no contar siquiera con una orden de compra. Ellos deben imaginar: no me han pedido, quizás me van a pedir; luego los piden de manera urgente, los quieren en plaza en menos de noventa días, porque están atrasados; los quieren etiquetados en español y con todas las exigencias que Chile tiene en cuanto a los certificados de buenas prácticas y otros.

Respecto de la exclusión de la sociedad civil, muchos de los problemas acá planteados podrían haber sido solucionados si la autoridad de Salud al menos tuviese voluntad para escuchar las demandas de la sociedad civil organizada. Con esto no me refiero a esta autoridad, sino a todas las que han existido.

Esto es algo que me supera: si veo que hay trece o catorce organizaciones, veinte, siendo optimista ¿cuál es el afán de llamar a esas veinte organizaciones, si saben que entre ellas se tienen odio? ¡No entiendo eso! ¡Es algo enfermizo! Es como si para solucionar los problemas del país yo llamara a la UDI, al Partido Comunista y al Frente Amplio. Frente a ciertos temas no se puede convocar así. Se llama aisladamente a las personas, se les pregunta qué quieren, qué están haciendo y en qué están trabajando. Todas las organizaciones, a pesar de las diferencias que tenemos producto del dinero y de las manipulaciones que existen, todas coincidimos en la forma cómo se transmite el virus. No hay ninguna que tenga una visión distinta, solo apuntamos a públicos distintos, en horarios distintos y con trabajos distintos. Pero todos los trabajos son válidos. Y si todos fueran validados, sería una carga menos para el gobierno de turno, y hasta más barato.

La política de exclusión, de atomización y de división que lleva adelante el Ministerio de Salud, no contribuye a la solución de la problemática que afecta a los usuarios de la salud pública.

Respecto de la focalización y los exámenes, que según el ministro de Salud arrojaron una cifra de 0,3 por ciento, quiere decir que nosotros estamos pagando un costo por examen de casi 6 millones de pesos, si a eso le sumamos toda la producción, todo el encargo y todo el *merchandising* que conlleva. Entonces eso es caro. Una persona altruista podría decir: "Bueno, yo puedo gastar 10.000 millones, con eso salvo una vida y con eso estoy justificado". Pero aquí estamos hablando de dineros públicos que deben ser optimizados.

En seguida, conforme con la gráfica, esto es lo legal, esto es lo que queda, esto es lo que nadie puede mover.

En el primer gobierno de Sebastián Piñera se subió de 350 a 500 el recuento de células CD4. Para que las personas entiendan, este era el criterio para determinar si se daba o no tratamiento a una persona. En otras



palabras, según el recuento de defensas el equipo médico determinaba si una persona tenía derecho a vivir o si se iba a morir. Entonces, si tenía 351, “sonaba”: tenía que esperar seis meses más hasta que tuviera menos de 350. Esa cifra se logró subir a 500, porque partió en 200. ¡Fue una fiesta! Se entregó tratamiento y lo firmó Sebastián Piñera.

También, se rompió la territorialidad. Esa ha sido una de las cosas más importantes que se ha logrado en cuanto al acceso y que las personas se inscriban, porque aquí, en Santiago, es superfácil invisibilizarse, porque hay muchas personas. Pero aquella que vive en una ciudad o en un pueblo donde hay un solo Cesfam o un solo consultorio, y donde además puede que un pariente trabaje allí, esa persona no se va a inscribir; y tampoco lo van a recibir en otra parte, porque debe corresponder a su domicilio.

Al romperse la territorialidad -norma que se rompió desde Redes Asistenciales, durante la gestión del señor Luis Castillo-, se crea la “ley de urgencias”. Antes, la persona podía llegar como “dálmeta” con sarcoma de Kaposi y estar en los huesos, pero si no tenía el certificado del Instituto de Salud Pública –que demora un mes-, no la atendían. Aquí hay un monopolio que uno no entiende por qué lo tienen, por cuanto además lo manejan pésimo y tardíamente. De manera que gracias a esta ley se puede facultar al médico de urgencia para que solo mediante la observación clínica se le dé tratamiento antirretroviral al paciente, y en algunos casos incluso pediátrico, según sea el peso de la persona.

También se incorpora el test de Elisa al GES, cuestión superimportante; ya no es voluntario. Aquí hay plazos para que todo se haga como corresponde.

De la misma forma, se introdujeron recomendaciones para las personas transexuales –incorporadas por Rolando Jiménez, durante este gobierno-, pues en los servicios públicos se debe respetar su nombre social y su hospitalización en salas de mujeres, si así lo indicaran, conforme al derecho de las personas en el marco inclusivo de la ley. Siempre la voluntad la tiene la persona, y si pide estar en una sala y no en otra, se le debe respetar.

En el segundo gobierno de Michelle Bachelet, durante la gestión de la ministra Castillo, se incorpora la famosa circular N°6, para extranjeros. Esta circular es increíble, porque es como una visa de salud para las personas extranjeras que acuden a los servicios públicos. Lamentablemente, no están tan informados como nosotros, porque las bajadas de información en el servicio público son bastante más lentas.

Pues bien, la circular señala cómo, cuándo y qué deben hacer. Sin embargo, todos los avances de que hablamos los frena el Fonasa, con su famoso RUT.

Por ejemplo, si ustedes atropellan a una persona, aunque haya llegado ayer a Chile, la van a ingresar con un código de urgencia; le van a poner un RUT provisorio, porque deberán tomarle una serie de exámenes. Entonces, ahí sí pueden hacerlo.

En este caso está infectándose la mitad del país, pero para ellos no es una urgencia, porque como no presentan heridas expuestas, no están heridos a bala o no fueron atropellados, entonces para ellos no es una



urgencia. De modo que no sé quién en el gobierno le va a explicar a esta gente que esto es una urgencia, reitero, es una urgencia. ¡Chile se está muriendo de SIDA! ¡Así es!

Asimismo, se baja la edad de 18 años a 14 años para realizar el test sin consentimiento de los padres o tutores, también iniciativa de la ministra Castillo. Antes había que consultarlo a los padres, pero ahora hay muchos niños de esa edad con bastante autonomía, y a veces bastante más solos de lo que uno quisiera.

Se avanza en el tratamiento universal. Esto es lejos lo más importante que se ha podido lograr en el país. El monitoreo oportuno -del cual no estamos claros, porque una persona podría permanecer indetectable- es una manera muy efectiva de erradicar la transmisión. En todo caso, no es que me moleste, pero sí me hace ruido que anden tan desesperados buscando a "equis" persona, que parece que tiene "no sé qué cosa", y descuiden a los que sí tienen la enfermedad, a los que tienen cautivos en sus programas, a los que tienen inscritos e identificados. Con todo, es una manera de abordar la prevención, una manera secundaria, porque antes no había cura, a lo más podía disminuir su deterioro. Pero el punto no era que la persona estuviera indetectable.

Les voy a contar que en una clínica cualquiera, privada, que atiende por isapre, una persona, cada seis meses, se debe hacer una batería de exámenes. La canasta GES, que vale como 17.000 pesos, incluye los exámenes de carga viral, CD4 y seriados. Con eso, pide hora al médico y le dan seis meses más para utilizar una receta que tiene convenio con cualquiera de las farmacias tradicionales. Entonces, ellos van y timbran sus rectas por seis meses más. Pero en el sistema público eso no existe. Hay gente que está con tratamiento antirretroviral por años y nadie tiene una carga viral o un CD4 en sus fichas. No hay ninguna certeza de que esto esté dando buenos resultados ni que esta inversión esté valiendo la pena, tanto para el usuario como para el Estado.

En el segundo gobierno de Sebastián Piñera se norma el test rápido, suscrito también por el ministro Emilio Santelices. Aquí no estamos hablando del test de Elisa, sino del test rápido e instantáneo. Creo que esto no es malo, pero es un retraso. Porque si consideramos que en este mismo gobierno, pero años atrás, o sea, en el primer gobierno, estamos hablando de ocho años atrás, salen con esto y ahora con esto, es lo mismo.

Pero sabe cuál es el problema. Que ellos desperdiciaron una oportunidad supergrande al normar el *test* rápido, que es que fuera de venta en farmacia y de acceso más libre.

Si una persona quiere saber si está embarazada, manda al pololo, a la tía, no sé a quién, a comprar, porque no tiene por qué estar develando que la penetraron, que eyacularon dentro de ella y que no sé qué cuestión, porque ella no quiere, y no tiene por qué ir a una organización ni a un consultorio a contarle nada a nadie. Le dice a una persona que le traiga un dispositivo clínico; así se llaman y así están normados: dispositivos clínicos, y existen para ver embarazos, para ver si una persona usa una droga u otra, o una sustancia.



Pero cuando queremos ver el VIH, se hace un escándalo. Una persona no puede saber: que se va a matar; que se va a tirar, que lo van a usar de mala forma. Entonces, con ese concepto, no vendamos ni siquiera cloro, porque todo el mundo se lo va a tomar. No.

Una persona tiene derecho a saber eso, tiene ese derecho, y el Estado tiene la obligación de informarlo y de ponerlo a disposición, porque las personas no se van a testear, porque no todas superan la vergüenza y el estigma que conlleva este diagnóstico. O sea, esto no es llegar y que cualquier persona pueda decirlo.

Entonces, sobre esta primera norma, nosotros hubiésemos preferido que se hubiera empleado más o se hubiera hecho un guiño más a la realidad, que tiene que ver con algo que está mucho más establecido que antes, y es que esto afecta hoy mucho más a la juventud, porque hoy hay plataformas de encuentros sexuales, como Grindr, Tinder; unos más vestidos usarán Instagram; otros, dependiendo del modelo que sea. Pero hoy hay una frecuencia sexual bastante distinta. Hay fiestas con uso de drogas, donde estas barreras no funcionan.

¿A qué nos arriesgamos? Si aparte de seguir diagnosticando esto y esto otro, ¿a qué nos vamos a arriesgar? A que las personas no sepan lo que es un PrEP, que es un fármaco que se puede usar en personas no infectadas por el VIH antes de la exposición al virus para evitar infectarse.

Entonces, esto es como los dispositivos de las mujeres. Si una mujer no quiere tener un hijo, tiene todas estas alternativas: calendario chino, anticonceptivo, DIU, inyección, píldora del día después; pero para evitar la transmisión del VIH, una persona debe tener pareja única, abstinencia y uso sostenido del condón.

¡Por el amor de Dios! ¡Cuándo van a entender que nadie usa condón! En este país, no usan condón. Lo dicen las cifras de sífilis; los embarazos adolescentes; las gonorreas; lo dicen todas las ITS, lo dicen las mismas consultas de ITS: de cada diez usuarios, siete son consultantes de ITS.

En consecuencia, ¿qué es lo que compete? Quedan hasta ahí. Entonces, hay otras alternativas. Hay un condón químico, que se llama PrEP. Entonces, una persona, como todos tenemos amigos, nos dice que esta persona está con trago y que no va a poder ponerse ni el condón, bueno, a esa persona le compete aquello. Y no es que lo dé el gobierno o no lo dé. Es que lo informe, porque existe, y para las personas que son seropositivas, que no logren distinguir qué es estar indetectable y qué significa estar intransmisible. Y que no logren ver la importancia de que tomarse el tratamiento tiene que ver también con sacarse este *sticker* del mal llamado contagioso, porque esta no es una enfermedad de contagio, es transmisible, y poder disfrutar una sexualidad más plena, poder tener la seguridad de que no está ocurriendo nada malo, inclusive si estuviésemos usando un condón o con la posibilidad de que se va a romper.

Entonces, cuando una persona toma un PrEP, que es una biterapia que envuelve sus células buenas, las plastifica, por así decirlo, y otra, que es VIH, toma una triterapia, que envuelve con la biterapia sus células buenas y con la tercera droga sus células malas para que estas no se



multipliquen, y estas dos personas tienen un encuentro, creo que disminuyen drásticamente a cero las posibilidades de que esto se transmita.

En ese sentido, se debe dar una importancia a que en la Comisión de Salud se aborde la legislación; que las campañas sean afines con la legislación vigente, y si no lo son, que se abran espacios para que las personas que están en los programas puedan tener el acceso al tratamiento lo más pronto posible y de esa manera nosotros podamos prevenir los nuevos casos de VIH.

PrEP indetectable e intransmisible es una lucha de todos, porque aquí esto de que las personas son jóvenes, que hombre con hombre... No, esta es una cosa sobre la que nadie tiene ni idea. Esta es una ruleta rusa.

En lo personal, no conozco... La experiencia que tengo en la ONG es que vienen hombres casados, personas que han estado en múltiples parejas o en tríos, o en cosas que no tengo idea, pero mayoritariamente la gente que es minoría en su orientación sexual anda con hombres. Nunca he visto, muy pocas veces se da, solo en algunos casos, que andan, pero a mí, en lo general, me gustan los hombres. Pa' loca, estoy yo. No tengo idea de eso que creen que nos pintamos y que después no tenemos relaciones. No, no es así.

Presidenta, estas son las circulares de las que hablaba y que las voy a dejar acá. Las circulares que se dieron en el primer gobierno de Sebastián Piñera, en el segundo gobierno de la señora Michelle Bachelet Jeria, y en este período, en que solo se ha hecho una, porque en definitiva eso es lo que manda en la agenda y en el presupuesto.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Agradecemos la exposición de nuestro segundo invitado.

Vamos a hacer pasar a nuestro tercer invitado, para que después hagamos la ronda de preguntas.

En representación del señor Gonzalo Velásquez, presidente del Movimiento de Integración y Liberación Homosexual, Movilh, asiste el señor Diego Ríos.

El señor **RÍOS**.- Presidenta, sobre la temática hay mucho de qué hablar.

Primero, saludo a todas las diputadas y diputados presentes en la comisión.

Es superbuena que esta comisión investigadora pueda plantear el tema del VIH con los conceptos correctos. Y aprovecho de hacer un llamado de atención para que diputados y diputadas se pongan al tanto de la conceptualización del VIH.

Como lo han explicado, VIH y SIDA son dos términos distintos, y cada vez que se habla en esta comisión, como dije anteriormente, se usan los conceptos errados, así que pido atención en la correcta utilización del lenguaje.

Hoy vamos a exponer sobre lo que consideramos la realidad en cuanto al déficit que ha tenido la prevención del VIH-SIDA en nuestro país.



Es un agrado exponer ante la Comisión de Salud sobre la realidad del VIH-SIDA en nuestro país, una problemática olvidada y dejada de lado por el Estado de Chile.

Chile está entre los diez países del mundo donde más han aumentado los casos de VIH-SIDA. El último informe de la Onusida lo ubica a la par de países como Egipto, Kuwait, Madagascar, Montenegro, Macedonia, Uzbekistán, República Checa, Kazajistán, Filipinas y Eslovaquia.

El informe da a conocer el preocupante aumento en los nuevos casos de personas notificadas con el virus y sitúa a Chile dentro de los diez países con un incremento del 50 por ciento o más, entre 2010 y 2017.

Entre enero y septiembre de 2018, el ISP registró 5.206 personas diagnosticadas con VIH. Eso, solo hasta septiembre. El crecimiento se ha visto focalizado en jóvenes de entre 15 y 29 años.

Para explicar este aumento, han surgido diversas teorías por parte de las autoridades e instituciones que trabajan en la temática. Una de ellas postula que el incremento se debe al alto porcentaje de población migrante en nuestro país, o que es responsabilidad del uso de la pastilla anticonceptiva. Hay otros que proponen que el aumento se debe a que hoy en día hay más personas que se realizan el examen, por lo que la pesquisa de posibles VIH positivos se ha agilizado.

A pesar de los distintos análisis políticos y sociales que podamos realizar en torno a la temática, la verdad es que todas y todos somos responsables del descontrol de la epidemia. Algunos tienen más responsabilidad que otros, pero son responsables de igual manera.

Por una parte, nos encontramos con una institución estatal despreocupada y desinteresada en la temática de la sexualidad y de la reproducción. El poco interés en educar y crear conciencia sobre la importancia de la prevención y del autocuidado sexual han llevado a los distintos gobiernos a generar trabajos preventivos ineficientes y poco certeros.

Otro gran error que ha cometido el Estado de Chile es delegar toda la responsabilidad de la prevención y educación en el Ministerio de Salud, dejando al Ministerio de Educación libre de cualquier responsabilidad ética de educar a las nuevas generaciones.

Luego de entender la gravedad del asunto, este trabajo debe ser realizado multisectorialmente, sumando a las distintas instituciones del Estado, como son: el Instituto Nacional de la Juventud (Injuv), el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Educación, entre otros.

La exclusión de la educación sexual en las mallas curriculares de los establecimientos educacionales ha sido otro de los graves errores cometidos por las autoridades de nuestro país. La falta de educación sexual y reproductiva, que sea integral y no sexista, ha provocado una gran desinformación en la población. Para suplantar la educación que debería ser brindada en los colegios, los jóvenes comenzaron a educarse por medios como es el internet, en que la información no siempre es confiable o está bien explicada, lo que ha provocado desinformación y confusión al momento de iniciar o desarrollar la vida sexual de las personas.



A todo lo planteado anteriormente, sumamos la falta de estudios sociales sobre los cambios en los comportamientos sexuales, amorosos y eróticos por el Ministerio de Salud.

Sin ir más allá, el pasado 27 de diciembre, como organización lanzamos el primer estudio sobre comportamiento amoroso, sexual y erótico de hombres que tienen sexo con otros hombres. Dicho lanzamiento contó con el apoyo del ministro de Salud, señor Emilio Santelices. Lo paradójico es que, a pesar de contar con el apoyo del ministerio representado por Santelices, esta encuesta no podría haber sido desarrollada sin el apoyo de la farmacéutica GSK.

Esto se debe al déficit presupuestario del Ministerio de Salud para trabajar en la temática de VIH Sida, sin recursos para financiar estudios ni campañas realmente efectivas es muy complejo poder causar algún impacto positivo en la sociedad.

La mala distribución de los recursos económicos y humanos se ven reflejadas en las campañas criticables y mal enfocadas, como las que han sido publicadas por los distintos gobiernos en los últimos diez años.

La importancia de levantar datos estadísticos sobre los cambios en las prácticas y conductas sexuales de la población nos permitirían generar estrategias mucho más enfocadas y efectivas en los distintos grupos de la sociedad, de manera que las campañas no sean desarrolladas con una venda en los ojos, sino más bien con una visión integral y completa de los cambios culturales, políticos y sociales que han ido manifestándose al pasar de los años.

Dentro de las distintas medidas realizadas para prevenir el aumento de la transmisión del VIH se encuentra la promoción del Test Rápido VIH, un test visual que permite conocer el estado serológico de una persona en quince minutos. Iniciativa que comenzó a ser promocionada por el Ministerio de Salud e implementada en algunas organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la temática.

El problema lo encontramos, por una parte, en quienes se niegan a expandir la oferta a todas las personas y creen que es mejor focalizar los testeos en solo un grupo objetivo; por otra parte, se encuentra el Ministerio de Salud, que promociona el Test Rápido VIH como una de sus medidas de prevención. El problema surgió en el momento en que se masificó la información, ya que con tal promoción la demanda aumentó sustantivamente, por una parte de quienes querían hacerse el examen de VIH, pero por motivos como la dificultad o burocracia que existe en el acceso al examen en los servicios públicos y privados, el estigma que existe en torno al VIH y las ITS, la falta de información clara sobre los centros médicos que realizan este tipo de exámenes, entre otros, no habían podido conocer su estado serológico.

El gran aumento de la demanda para tomar el test rápido para VIH demostró el interés y motivación de las personas en realizarse el examen y conocer su estado serológico. Con dicho aumento comenzaron los problemas en cuanto a la atención y cobertura del examen, ya que en muchos centros de salud no contaban con el personal necesario para cubrir la necesidad o desconocían que el test rápido se podía realizar en el lugar. Este es otro gran problema cuando de la atención se trata.



La falta de profesionales, como son los infectólogos, infectólogas, inmunólogos, enfermeras y matronas, entre otros profesionales necesarios para una buena atención, no se encuentran capacitados para trabajar en la atención de personas con VIH. Esto debido a la poca capacidad por parte del Estado en formar y capacitar a quienes egresan de la carrera de medicina o de otras carreras asociadas a la enfermedad. De manera que dificulta abrir nuevos espacios hospitalarios que cuenten con los profesionales necesarios para ayudar a descongestionar aquellos centros de salud que ya no pueden seguir registrando a más pacientes, como es la Fundación Arriarán, por ejemplo.

Estas estrategias de prevención no son del todo erróneas, pues la implementación del Test Rápido VIH va de la mano con las recomendaciones de Onusida en el plan de acción de llegar a las metas 90-90-90, es lo que ha recomendado la institución a los países con cifras tan altas como Chile. Este plan de acción consiste que en 2020, el 90 por ciento de las personas con VIH conozcan su estado serológico. El 90 por ciento de las personas diagnosticadas con VIH reciban terapia antirretroviral continuada y el 90 por ciento de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan supresión viral, o sea indetectables.

Con la realidad planteada anteriormente nos daremos cuenta de que estamos muy lejos de cumplir las metas propuestas por Onusida. La poca capacidad y lenta respuesta en la atención dificulta que las personas se acerquen a realizarse el examen de VIH, también complejiza la adherencia y continuidad en los medicamentos por lo que es más difícil lograr que el paciente sea indetectable y no transmita el virus.

Con todos los antecedentes expuestos podemos notar que las falencias y errores han sido reiterados en esta materia y que debemos comenzar a trabajar con más seriedad y rigurosidad para mejorar las estrategias de prevención y la atención en los centros de salud.

La mirada de la prevención debe tener una visión sicosocial y no solo médica. De esta manera es más fácil generar un trabajo efectivo con impacto en la población que tiene prácticas sexuales de riesgo. Cuando hablo de prácticas sexuales de riesgo es la población en general que está sexualmente activa y no usa preservativos en sus prácticas sexuales.

Ampliar la oferta a otros grupos como lesbianas y heterosexuales. Aquí quiero enfatizar algo muy importante. Nosotros en nuestra experiencia, realizando el test rápido, se nos ha dicho muchas veces que hombres o mujeres heterosexuales tienen menos probabilidad de adquirir el virus, lo cual es cierto, la probabilidad disminuye, pero el riesgo de adquirir VIH o alguna ITS mientras se tengan prácticas sexuales sin preservativo siempre existe y eso es sumamente importante. Nosotros tenemos dos mujeres heterosexuales, de 50 y 57 años, que quizá no pudieron ser pesquisadas en un centro de salud cualquiera y fueron a realizarse el test con nosotros.

También es importante, ya que si bien la probabilidad de transmisión es menor, siempre existe el riesgo de que alguien pueda adquirir VIH u otra ITS si no utiliza algún método de prevención en sus prácticas sexuales.



Con los cambios culturales y la mayor aceptación a las distintas orientaciones sexuales y de identidad de género la educación sexual es primordial. Debe ser el Ministerio de Educación quien incluya la temática en los currículos escolares, no solo como un taller, sino como una asignatura que se desarrolle progresivamente. La negación y poco interés de enseñar sexualidad y derechos reproductivos por parte del ministerio, representado por la ministra Marcela Cubillos, dificulta que los jóvenes reciban información confiable y segura para evitar adquirir VIH u otra ITS.

Generar estudios que nos permitan conocer las prácticas sexuales o reproductivas más comunes y frecuentes en nuestra sociedad es otra meta importante para nuestro país y para este gobierno. Si continúan realizando campañas que no estén respaldadas por estudios seguirán siendo criticadas y llevando al fracaso cualquier acción que pueda aportar a la prevención efectiva. Es importante renovar las estrategias, contextualizar las campañas tanto en el fondo como en la forma, por ejemplo, buscar nuevos lugares de difusión y formas de entregar la información. Modernizar la forma en que estamos acostumbrados a realizar prevención, utilizando las redes sociales y aplicaciones de citas como plataforma para promocionar la sexualidad libre, pero segura y responsable. Promocionar el uso del preservativo como parte del juego erótico y no solo como una herramienta de prevención, dar un vuelco radical a la visión que teníamos de la epidemia y generar un trabajo que dé cuenta de la realidad y esté en sintonía con los comportamientos sociales y culturales de nuestro país.

Para finalizar nos gustaría hacer un llamado a quienes trabajamos en estos temas. El VIH hoy es una enfermedad tratable, por lo que en gran medida es controlable. Lo que queremos decir es que si bien debemos seguir enfocados en diagnosticar y tratar a las personas con VIH, no debemos perder la atención de las otras ITS, como, por ejemplo, la sífilis, la cual ha aumentado en la población sexualmente activa y debido a su tardío diagnóstico se complejiza su tratamiento, afectando la vida sexual y amorosa de las y los jóvenes.

Agradecemos la invitación nuevamente de la Comisión y esperamos seguir avanzando hacia un país con más educación y conciencia de la importancia que es prevenir la adquisición de cualquier ITS.

Muchas gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Gracias, Diego. Te pido que te mantengas en tu lugar. Invitamos a Fernando Muñoz y a Manuel Jorquera para que nos acompañen.

Tiene la palabra el diputado señor Patricio Rosas.

El señor **ROSAS**.- Señorita Presidenta, saludo a los representantes de las agrupaciones que nos acompañan por la información que han entregado, que creo que es importante obtenerla de las personas a las que más les interesa el tema y no solo a través de un órgano oficial.

¿Cuál es su opinión de la ley del SIDA, que ya casi tiene 30 años?  
¿Qué debemos hacer como país para abordar adecuadamente la enfermedad del SIDA y del VIH? Pregunto porque hay muchas restricciones para abordar



adecuadamente el SIDA y las estrategias de promoción y preventivas están dadas por la camisa que le pone de apriete al sistema.

¿Qué habría que hacer para efectuar una mejor y más adecuada inversión en promoción, en tratamiento, y en difusión en las redes asistenciales? ¿Cómo trabajar desde la salud pública en referencia al VIH?

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Ricardo Celis.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señorita Presidenta, tengo una duda enorme. Finalmente, ¿cuál es la propuesta? Lo consulto porque veo dos visiones.

Uno, el test rápido de avance es una estrategia de un *screening* generalizado, con un rendimiento más o menos bajo, ya que habría que hacer como un millón de exámenes para encontrar a 30 o 40 personas y, dos, el tema de la focalización. ¿Cuál es la opinión de los grupos de sociedad civil al respecto? ¿Cuál estiman ellos que es la mejor alternativa? ¿Focalizar el tema o ampliarlo? El test rápido es más barato, es más amplio, pero concordamos en que hay que sacarlo de los consultorios porque no ha dado resultados y pareciera ser que es inefectivo como metodología.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada señora Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señorita Presidenta, agradezco las presentaciones, ya que todas fueron muy ilustrativas.

Los vi hace dos semanas en Valparaíso en la reunión de un martes, antes de la sesión de la Comisión de Salud, en la que estuvo el ministro.

Quiero preguntarles respecto de un par de consultas que se le hicieron al ministro. Una tenía que ver con los test rápidos y la aproximación que tenía el ministerio respecto de realizar en dos años alrededor de 6.500.000 exámenes, cuántos llevamos a la fecha, y si esta cifra realmente va a aportar en la disminución o prevención. Quiero saber qué piensan de aquello porque si el ministerio se empeñara en realizar este número de exámenes tendría que utilizar estrategias, ya que no solo se haría una o dos veces a las embarazadas, sino quizá cuántas veces se estaría haciendo a la misma gente. No sé, no me imagino. Entonces, les pido que se refieran a ese número y a si contribuye en algo.

Respecto de la terapia preventiva, hubo un anuncio ministerial respecto de tenerla instalada. Ahora nos dijeron que más o menos en junio la tendrían disponible, pero no está claro para quiénes ni de qué manera se piensa esa estrategia.

Finalmente, ¿qué opinan de la disponibilidad de los test rápidos en farmacia? Y si fuese útil, ¿de qué manera se podría lograr que esté disponible?

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada señora Erika Olivera.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señorita Presidenta, agradezco las presentaciones de nuestros invitados.



En la sesión anterior hablé de mi experiencia. Estuve durante el verano, y ahora mismo, realizando estos test preventivos, los hemos llevado a la feria y una de las cosas que llama la atención es que son los jóvenes los más reacios a realizarse este tipo de test, por temor, por miedo, por lo que dijo Diego, de repente falta mucha información respecto de educar en cuanto a por qué es tan necesario.

Mi pregunta es para Diego porque hizo mención a que en este gobierno, a la ministra Cubillos, se ha presentado la solicitud de abrir temas educativos dentro de los establecimientos. Quiero saber con más claridad cuál ha sido la respuesta y si, por ejemplo, en el gobierno pasado se elevó esta solicitud y cómo fue tomada. ¿Se realizaron asignaturas o talleres de educación respecto de estos temas?

Coincido con ustedes porque es muy importante que haya no solo campañas de prevención sino también educación dentro de los establecimientos y para eso tienen que unirse en torno al tema otros ministerios y, entre ellos, se encuentra el de Educación.

Entonces, quiero saber si en años anteriores se ha elevado esta solicitud al Ministerio de Educación y cuál ha sido la respuesta.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Aprovecho de informar el reemplazo de la diputada Virginia Troncoso por el diputado Iván Norambuena.

Agradecemos a los tres invitados por su presencia en la comisión, aunque también me hubiese gustado contar con la participación de la Fundación Iguales.

Me da la impresión de que hay coincidencia en el diagnóstico y en las demandas por parte de la sociedad civil, más allá de que los citen separados o juntos -que ha sido un tema para nosotros, ya que por varios lados nos han dicho que no los recibimos o no los escuchamos-, más allá de aquello, que es normal que haya más o menos afinidad con el gobierno de turno, con el ministro o con la ministra, más allá de las coincidencias en las presentaciones, las propuestas de solución no coinciden. Me explico. Veo una presentación de Vivo Positivo centrada en los fármacos como una solución para aislar el virus; veo una decisión explícita del Movimiento por la Diversidad Sexual (MUMS) de poner énfasis en el tema de la prevención por sobre cualquier otra cosa, y, a través de Movilh, una mirada más centrada en los jóvenes. No sé si es porque Diego viene con todo su ímpetu juvenil a plantearlo, pero están más dispuestos con el tema del testeo. Entonces, les pregunto a los tres. No es la idea de que se pongan a pelear entre ustedes, pero tenemos un incremento del virus, que es un diagnóstico compartido, no solo de ustedes, sino también del ministerio.

Entonces, ¿qué factores atribuyen a esa alarma? ¿A quién se hace responsable directamente? Porque siempre es fácil criticar y no contribuir a la solución, pero cuando veo propuestas de soluciones tan distintas me queda la duda de si estamos avanzando por el camino correcto.

En la Comisión de Salud, cuando fue convocado el ministro, le pedimos específicamente que nos explicara cuál era el sentido de la campaña.



Por tanto, me gustaría saber cómo visualizan la campaña en una crisis, en esta epidemia, que es una realidad, frente a las soluciones que han propuesto. Es decir, ¿esta campaña debería estar centrada en los fármacos o en qué aspectos?

Tiene la palabra el señor Diego Ríos.

El señor **RÍOS**.- Señorita Presidenta, en cuanto a la ley de VIH Sida en nuestro país, no está en el contexto actual de los cambios de nuestra sociedad. Encontramos mayores dificultades en algunos decretos que muchas veces dificultan el acceso a organizaciones de la sociedad civil para que puedan generar exámenes de test rápidos de VIH, porque se solicita personal médico. O sea, un testeo visual de VIH lo podría hacer cualquiera que está sentado en esta mesa. Es lo mismo que realizarse un examen para medir el azúcar en diabéticos. Se trata de un pinchazo en el dedo, se deposita una gota de sangre en un *tester* reactivo y luego de 15 minutos tenemos una respuesta.

Entonces, donde encontramos mayor complejidad no es solo en la ley. La ley excluye a muchas instituciones, como las Fuerzas Armadas, que todavía pueden discriminar a las personas que viven con VIH, en circunstancias de que vivir con VIH no es ninguna dificultad para generar algún tipo de trabajo en la gastronomía o en las Fuerzas Armadas. O sea, el Estado sigue validando que las Fuerzas Armadas sigan discriminando a las personas con VIH, y siguen aumentando el estigma de este.

Respecto de las propuestas de focalización, llevamos 20 y tantos años trabajando en la temática de VIH con una supuesta focalización en hombres que tienen sexo con otro hombre, y hemos demostrado que eso es cerrado.

Hoy le hemos cerrado las puertas a otras orientaciones sexuales, como la bisexualidad, la heterosexualidad, que se sienten comprometidos a realizarse el examen, porque no tienen conciencia de que esta es una enfermedad transversal de hombres y de mujeres.

Si bien la realización del examen se encuentra en mujeres es porque son ellas las que se embarazan, tienen controles reproductivos, pero no todas están decidiendo. Hoy las mujeres más jóvenes están decidiendo no tener hijos, por lo tanto, tampoco tienen controles reproductivos; no van al ginecólogo. Eso nos dice la experiencia que hemos tenido con los test rápidos en nuestro caso.

Entonces, focalizar mucho en hombres que tienen sexo con otros hombres y promocionar eso públicamente lleva a que otros sectores de la sociedad se sientan separados de esta temática, como algo que no les incumbe o no les importa simplemente. Por lo tanto, se crea poca conciencia del autocuidado sexual, lo que es superimportante.

Sobre las cifras que había estimado el Ministerio de Salud, dudo que las puedan lograr con la ineficiencia que han tenido para cubrir las necesidades del test rápido.

Si vemos la página del ministerio, tienen un *banner* con los Cesfam que hacen el test rápido, pero si llamamos a los Cesfam ni la persona que contesta ni la matrona tienen idea del test rápido, o no tienen los



profesionales o no tienen hora. Entonces, se está promocionando algo que no se puede cubrir.

La señora diputada ha estado en las tomas comunitarias, pero en ellas es sumamente complejo conseguir la adherencia de los pacientes. Por ejemplo, nosotros hemos hecho tomas comunitarias y tuvimos dos reactivos.

Ahora, si hay dos reactivos y no se genera una confianza en el momento en que se da el resultado, tampoco se va a lograr que esa personas vaya a realizarse la segunda muestra, que es la venosa, que nos exige el ISP. Por lo tanto, toda esta burocracia dificulta mucho más que los pacientes hagan ingreso a los servicios de salud.

La gran mayoría de los servicios de salud de encuentran atochados, ya no pueden recibir más pacientes, y cuando el ministerio ha querido abrir nuevos centros de salud, como el Hospital El Carmen, nos encontramos con problemas en el sentido de que los profesionales no están capacitados para atender a personas con VIH.

Entonces, se forman peleas institucionales en que uno es mejor que otro, en que “yo soy de la universidad de infectología y tú no sabes nada”, en que “yo soy el sol del universo”, y esas peleas no afectan a los profesionales de la salud. El ego de los doctores está haciendo que se afecte la atención de los pacientes con VIH, y eso es impresentable y no puede seguir pasando.

Por otro lado, está la PrEP. Hablar de la PrEP sin tener conocimiento de la profilaxis preexposición es sumamente peligroso. La PrEP debe hacerse con acompañamiento médico.

Hoy día muchos jóvenes pueden adquirir PrEP en el portal Mercado Libre. Ustedes pueden buscar en las redes sociales de encuentros, en cualquier parte, y se vende PrEP.

¿Qué pasa con una persona que toma PrEP y no hace un seguimiento médico? Se puede causar algún daño a su cuerpo.

Si esa persona adquiere VIH por haber tomado mal el medicamento, sin acompañamiento médico, y adquiere VIH, la terapia antirretroviral no le va a ser efectiva porque su cuerpo hace adherencia a un medicamento que está dentro de la canasta de los medicamentos antirretrovirales.

Entonces, si se va a implementar la PrEP que se vea a qué grupo. ¿Va a ser a un grupo focalizado? ¿Va a ser a hombres que tienen sexo con otros hombres? ¿O será para toda la población que esté sexualmente activa y no use preservativos en sus prácticas sexuales?

Por lo tanto, es sumamente importante que los diputados y las diputadas se informen sobre este medicamento que hoy se vende en forma ilegal. Hay doctores que ilegalmente están dando recetas para comprar este medicamento, que necesita exámenes periódicos, al igual que los exámenes que requieren las personas que viven con VIH.

En cuanto al Ministerio de Educación, hemos solicitado entrevistas vía Ley del Lobby a la ministra Cubillos desde que asumió el mando de dicha cartera y han sido rechazadas todas. Podemos ver a lo largo de la historia que los ministerios no conversan entre ellos, lo que es común en



nuestro país. Por ejemplo, un ministerio está trabajando en prevención y no se produce comunicación intersectorial. Ese es el gran problema.

En ningún medio de comunicación la ministra Cubillos ha hablado sobre la importancia de la educación sexual integral y no sexista. Eso demuestra la desmotivación y el poco interés del Ministerio de Educación en educar a las personas en la salud y el cuidado sexual.

¿Se ha planteado el tema anteriormente? Sí. Llevamos más de un año trabajando en la temática del VIH. Somos muy nuevos en el tema, pero lo planteamos a fines del gobierno anterior y tampoco fue muy efectivo porque la entonces ministra de Salud nos comentó que tampoco tenía un diálogo muy fluido con el Ministerio de Educación. Y hoy pasa lo mismo. Hemos trabajado en reiteradas ocasiones con el ministro Santelices y también nos ha comentado que es imposible generar un diálogo con el Ministerio de Educación para que se interese en esta temática.

Respecto de los factores de aumento, las campañas han sido poco efectivas, pues, como dije, no hay estudios. El único que hay es de hombres que tienen sexo con otro hombre, que está actualizado y que sacamos el 27 de diciembre junto al Ministerio de Educación. No hay estudios sobre sexualidad lésbica. Las lesbianas no van al ginecólogo y eso no lo saben. Si bien no existe prevalencia en lesbianas en VIH, o es muy baja, sí existen otras enfermedades de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, hepatitis, pero eso el Estado no lo ve, no lo garantiza.

Aquí el culpable de la mala educación y de las malas campañas de prevención no es la sociedad civil, no es este gobierno de turno, no son los diputados, sino el Estado de Chile, el conjunto de personas que no hemos sido capaces de generar una prevención efectiva y bien focalizada.

Todos debemos hacer un *mea culpa* y definir las estrategias de aquí para adelante. Como organización hemos planteado soluciones distintas, pero las recomendaciones internacionales van muy de la mano con la educación sexual. Si no hay educación sexual ninguna de las recomendaciones que podamos tomar van a ser efectivas.

En cuanto a la campaña, creemos que es pésima. Se debe entender que una campaña no solo se focaliza en un video, sino que debe ser integral, promocionada en los establecimientos educacionales, en charlas, en debates, que se hable y que no se critique la campaña, que el foco no sea la crítica pública, sino el diálogo público. Si la crítica le hace bien a la visibilidad de la campaña, le hace pésimo a la prevención efectiva.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Muchas gracias.

Tiene la palabra el señor Manuel Jorquera.

El señor **JORQUERA**.- Señorita Presidenta, tengo sentimientos encontrados, pero hay cosas que no me puedo permitir oír y no pronunciarme, sobre todo en cuanto a la ley del Sida, porque encuentro penoso que esté en este lugar y que las personas no tengan ese entendimiento de lo que es la "ley del Sida" y la minimicen con unos reglamentos pobres, que no tienen nada que ver con la "ley del Sida" y su estructura. Si no es por la "ley del Sida" no estaríamos acá, primero; segundo, a ninguno de ustedes les pueden exigir el examen del VIH, sea el test rápido o no sé qué, para ingresar o no a un trabajo.



Pero en su punto principal, la “ley del Sida”, en su artículo primero, reconoce que este es un problema de Estado, y además que es de competencia del Ministerio de Salud. Él debe encargarse, él es el responsable, no nosotros. Es él el responsable, según la ley N°19.779, no nosotros. Reitero, él es el ente responsable. Aquí tenemos que dejar las cosas claras.

Ahora, que haya circulares, que existan cosas, es verdad, existen. Y cualquiera, en cualquier servicio público, puede escribir, en una máquina al efecto: “cierro a las cuatro”, “doy recetas a las tres”, en fin. Pero eso no es ley, es cualquier cosa que escribió cualquier persona. Por consiguiente, no confundamos la “ley del Sida”. La “ley del Sida” protege a las personas para que no sean discriminadas en sus ascensos, en sus promociones, en el ingreso a sus trabajos, y también para que no les sea aplicable el test sin su consentimiento y si no es por escrito.

Cuando se estuvo negociando la “ley del Sida” con las Fuerzas Armadas, el 2001, estábamos en un gobierno entrante, después de una dictadura. Hubo senadores designados que dijeron: a nuestros hombres no los toquen con esta ley. Y para nosotros era eso o era nada. Y parece que los tocaron hartos, porque ahora están todos en convenio. Las Fuerzas Armadas tienen un servicio de salud propio, tienen convenio con clínicas y todos se fueron incorporando. El último fue Carabineros de Chile.

En cuanto a la lógica, no es contraria: es supercomplementaria, porque acá hay personas que representan tanto a organizaciones como a minorías sexuales, a la juventud y a otras personas que ya viven con VIH, que están, transversalmente, en todo el mundo, independientemente de si son jóvenes, mayores, heterosexuales, bisexuales o como se quieran definir, pero que tienen, como denominador común, el virus. Y es lógico, en mi caso, así como en el de ellos, buscar la prevención, y si a ellos les acomoda el condón o el testeo, bien por ellos, los apoyo. Así va a ser siempre. Pero desde mi punto de vista no puede existir otra lógica que no sea la de que esa persona adhiera al tratamiento, primero, para que no se muera, y, segundo, para que no transmita, pues es a mí a quien compete comunicar y exigir. En ningún caso me voy a oponer, porque para eso existen dos pilares. Por tanto, el que él necesita se lo debe dar la Salud Pública, y el que yo necesito me lo tiene que dar Redes Asistenciales. Pero lo que no puede pasar, es que desvestan a un santo para vestir a otro y dejar sin prestaciones a unos para beneficiar a otros. Tiene que hacerse con presupuestos distintos.

La focalización es fundamental.

Les voy a decir una cosa: todos hablan de sexo, pero ¿alguien sabe cómo se pega esto, sexualmente?

Por ejemplo, si una niña me dice que quedó embarazada porque sintió la penetración y luego la eyaculación, yo le puedo decir que esa no es una vía de embarazo. Puede que no sea bíblico, puede que no sea no sé qué cosa, pero no es una vía de embarazo. Tampoco cuando dos personas se besan –no necesitamos ningún médico experto para confirmarlo-, no importa si somos transexuales o no sé qué cosa, pero aquí estamos claros en que el sexo oral no lo transmite, porque, si no, nos estarían velando a todos. No se transmite por sexo oral. Ese miedo nos lo tenemos que sacar de la cabeza. ¡Sáquenselo de la cabeza! Entonces, vamos despejando.



Ahora, si algún médico, con un estudio, quiere decir algo distinto, le voy a señalar cinco cosas que se deben reunir para que una persona adquiera el VIH: Debe ser penetrada, anal o vaginalmente; no haber usado condón; haber eyaculado dentro de la otra, ser VIH y no estar en tratamiento antirretroviral, porque si lo estuviera, sería indetectable, no lo transmite si no es VIH.

Entonces, vamos reduciendo. No vamos a tomar esos parámetros católicos. Hay que decirlo: católicos, porque siempre influyeron respecto de estas cosas, y no son así. Es superimportante a la hora de hablar de estas cuestiones, porque hay muchas personas que creen que es un riesgo, cuando en realidad no lo es, y viven un duelo interno. Sin embargo, podrían enfrentar un riesgo real cuando no se les entrega información válida sobre cómo se transmite el virus.

El test rápido es bueno. ¡Por Dios, aquí nadie piensa que es malo! Pero hay que aclarar en qué ubicación está.

El test es bueno para prevenir, es bueno para que una persona se informe. En nuestra opinión, es de fácil acceso. Sabemos que si una persona lo compra en la farmacia, lo utiliza en su casa y resulta positivo, va a terminar acercándose a una ONG o a un servicio. De eso no me cabe ninguna duda.

En lo que no estoy de acuerdo, en lo absoluto, es con el tema del PrEP. No entiendo que el jefe del Plan Nacional de Prevención y Control VIH/SIDA se haya expresado casi como si fuera la píldora del demonio, como si fuera Manuel José Ossandón hablando del Postinor 2. No, esto no es así. Este medicamento ha sido usado por más de 15 años en Chile. Es verdad que lo toman personas con VIH y también otras que no tienen VIH, para prevenir. Pero ahora la cuestión es encontrar a los médicos que deberán encargarse del seguimiento, y, en verdad, no tienen idea a quién dárselo. Si a mí me preguntan, es casi como propiciar las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), es como decirle a la persona: mira, tómate esta pastilla y vas a quedar protegido del VIH, pero no me hago responsable de la sífilis o de la gonorrea. Yo no sé bajo qué criterios.

Pero si bajo un aspecto farmacológico alguien me propone un estudio para 5.000 personas, está claro que le voy a pedir información sobre aquellas que viven con VIH y que han sido expuestas al tratamiento. ¿Con qué propiedad? ¿Quiere decir que hay ciudadanos de primera y segunda categoría? O sea, a estos hay que cuidarlos, porque no tienen VIH, para que este principio activo no les haga no sé qué. Pero al otro, que lo tiene, nadie le hace ningún estudio.

¿Acaso se han tomado el medicamento a ciegas y no tienen idea? ¿No hay trazabilidad, una comparación? ¡Eso es inadmisibile!

Ahora, respecto del tiempo del testeo, que dicen que es muy importante, yo manejo test rápidos que se demoran entre 1 a 3 minutos en clarificar, y 5 minutos, si uno quiere ser muy exquisito. Yo, en 1 minuto, veo una raya tenue; en 3 se ve una raya más marcada. Pero si se utiliza un test rápido, de 21 minutos, en una feria, la persona se va. ¡Por el amor de Dios, quién va a estar en ese suplicio! Entonces, el test rápido, debe ser rápido, si no la gente se va; uno no la puede esposar.



Bueno, no va a haber un SUR-VIH abierto, sin cerrar, porque no hubo proceso de confirmación, según la muestra, pero es algo incómodo. No sé si me entiende.

Creo que todas las organizaciones nos estamos sacando la “cresta” con lo poco y nada que tenemos; por lo tanto, creo que no corresponde descalificar a nadie, porque todos estamos pendientes de un solo tema, todos tenemos una sola preocupación: el VIH y su transmisión.

Por eso, estamos tratando de abordar la materia desde la experticia de cada uno, pero se hace difícil cuando existe una autoridad ciega, que quiere instalar un “Transantiago” en salud, denominado hospital digital, autoridad que está engeguada con eso y que no ve cifras, no ve nada. Lo que es peor, no ve a Redes Asistenciales. Todos los escritos que vi, fueron firmados por el doctor Luis Castillo. Entiendo que existe una pugna en torno a este señor, creo que a raíz de un problema con la DC, tema que, a nuestro juicio, debiese estar en segundo plano, no sé bien, no me manejo en temas políticos. Sin embargo, si viene el Presidente Bolsonaro, y el ex Presidente Frei almuerza con él, a pesar de que se expresa de cierta forma respecto de quien le produjo un daño al padre de este ex Presidente, con mayor razón, creo que no podemos arriesgar la salud de todos los chilenos por diferencias que, al parecer, las personas no tienen. Entonces, me preocupa la ausencia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por diez minutos?

**Acordado.**

Tiene la palabra el señor Fernando Muñoz.

El señor **MUÑOZ**.- Señora Presidenta, creemos que la ley del VIH es importante, pero hay mucho por hacer sin necesidad de modificar la ley. Materias como la presupuestaria, la focalización, el trabajo directo y otros elementos se pueden manejar sin modificar la ley. Por supuesto que podemos discutirla y mejorarla, pero, en principio, no es necesario hacerlo, desde nuestro punto de vista.

La focalización es una forma de asignación de recursos, y dado que estos son limitados, como Estado y como país tenemos que buscar la manera de disponer de ellos de forma eficiente. En general, en salud existe focalización. Las vacunas no se las damos a todo el mundo, sino a grupos determinados, de acuerdo con la edad, sexo o determinadas características. La mamografía se hace a un determinado grupo de mujeres, no a todas las mujeres. Entonces, esto tiene que ver con los criterios que utilizamos. Efectivamente, el test rápido y el PrEP (sigla en inglés de profilaxis preexposición) tienen que estar disponibles para toda la población. Sin embargo, hay una cuestión de equidad, ya que hay ciertos grupos que presentan mayores dificultades para tener acceso a la salud, cuestión que hay que corregir. Siempre que un grupo presente mayores dificultades para acceder a algo, se debe corregir esa inequidad, por eso hacemos rampas en los accesos de los edificios, para que las personas con discapacidad física puedan acceder con facilidad. En este caso, hay que hacer lo mismo: aquellos grupos, ya sea porque son bisexuales, de “closet”, porque le tienen miedo al VIH o porque tienen alguna situación específica, requieren que les facilitemos



el acceso, principalmente porque la salud es un derecho. En eso consiste la focalización.

El tema fundamental es que, en la práctica, no se ha hecho la asignación de recursos y de esfuerzos, porque no solo se trata de recursos físicos, sino también humanos, como las horas de trabajo. Desde que se iniciaron las terapias, a finales de los 90, hasta ahora, todo ha sido terapia, terapia y más terapia. El presupuesto, de 3.000 millones, pasó a 60.000 millones. Cada vez se gasta más y más en terapia. Ustedes vieron el presupuesto de prevención: cinco pesos por persona en la Región Metropolitana. Desde 2009 a la fecha, la inflación ha sido de 22 puntos, así es que hemos perdido, tenemos menos plata que antes.

Hay que reforzar el trabajo en la atención primaria, hay que “mascar chicle y caminar al mismo tiempo”. Es decir, hay que focalizar al mismo tiempo que prevenimos.

Y esta materia tiene que ver también con los temas generales. Las campañas son para mantener el alerta social, para mantener el tema del VIH presente en la población. Sin embargo, hay ciertos trabajos que tienen que ser especiales con las poblaciones de difícil acceso, y es entonces cuando entran las organizaciones sociales, porque no podemos trabajar de la misma forma con los jóvenes universitarios que con las trabajadoras sexuales. Por ejemplo, este fin de semana estuve testeando trabajadoras sexuales, con la Fundación Margen. Afortunadamente, no encontramos mayores casos, porque es complejo trabajar en la notificación, pero el trabajo se hace, a pesar de ser de noche y complejo. Lo mismo sucede respecto de la población transexual y otras.

El punto es no centrar todo el debate en el testeo. Lo hemos dicho: el testeo previene el Sida; el testeo facilita el acceso al tratamiento, pero no evita que adquieras el virus. Es decir, si una persona se hace el test luego de cada situación de riesgo y este sale negativo, pero luego vuelve a tener una relación sin condón y se repite el examen, entramos en un círculo vicioso. Trabajo en consejería desde hace muchos años, fui parte del equipo de Conasida y de Fonosida; trabajo hace cinco años haciendo test rápidos, y uno se lo dice a los consultantes. Las personas entran en un círculo vicioso y, al final, advierten que en algún momento van a dar positivo. Por lo tanto, el test no es preventivo, sino que es una evaluación de una conducta, de una práctica sexual ya realizada.

Para entrar al tema del tratamiento y del PrEP, nos parece relevante distinguir entre quienes venden el test, el PrEP y los fármacos. En todo eso, no todos perdemos, algunos ganan mucho, y me refiero a la industria farmacéutica. La industria farmacéutica se está haciendo millonaria. La industria farmacéutica nos cobra medicamentos de marca a unos precios estratosféricos. A propósito, lo que no se ha dicho acá es que Chile paga los medicamentos más caros de la región, porque pagamos medicamentos de marca mientras otros compran genéricos, o producen, como es el caso de Brasil. Entonces, ahí también hay que estar atentos y averiguar quién está detrás de eso, porque obviamente para las farmacéuticas no solo es negocio dar y vender medicamentos muy caros y de última generación a los que ya viven con el virus, ya que hoy las farmacéuticas dan medicamentos a los que no tienen el virus, eso es el PrEP. Además, dan vitaminas y promocionan que



para estar y ser saludable hay que tomar diez pastillas diarias, entre vitaminas, energéticas y un montón de otras cosas. Ese es el negocio de las farmacéuticas. La pregunta es si acaso queremos avalar a las farmacéuticas. ¡Ojo con eso!

Con todo, creemos que el PrEP sí debe estar disponible. La discusión es si debe estar para todos o si debe definirse quiénes debieran recibirlo. Y aquí surge otra discusión: quién lo paga. En salud pública hay prioridades, y nuestra apuesta es que el PrEP tiene que estar disponible, pero también debemos mirar la calidad de la atención hacia las personas que hoy portan el virus. Estamos notificando a más personas que antes, pero no tenemos infectólogo, ni horas ni contamos con más centros de atención VIH. Por lo tanto, primero debemos atender a quienes son portadores del virus y centrar nuestros esfuerzos en ellos. La discusión del PrEP hay que darla y estamos disponibles para ello, pero como señalaron Diego y Manuel, hay que matizar el tema. Hay que ver a quién, por qué y quién lo paga. Representantes de organizaciones de la sociedad civil, que trabajan en otras materias, me han preguntado por qué, si los gays quieren “tirar” sin condón, tenemos que pagar nosotros.

Ahora, aquí hay una diferencia en el acceso y es que, efectivamente, las personas que tienen dinero trafican y toman PrEP igual, porque tienen plata y lo compran en el mercado negro. Entonces, efectivamente hay una dificultad de acceso, porque el pobre no tiene acceso al PrEP, pero el que tiene *lucas* sí puede comprar un medicamento que cuesta 300.000 pesos. Esa es una diferencia que tiene que ver con la pobreza.

Para avanzar, más que propuestas diferentes, necesitamos propuestas complementarias. Creemos que la educación sexual es clave y relevante. El tema no lo tocamos por tiempo, pero es bueno que Movilh esté realizando esfuerzos en esa materia. Sin embargo, esa ha sido una batalla histórica. O sea, la no comunicación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación ha sido histórica y no se ha logrado en ningún proceso durante ningún gobierno. De hecho, el Ministerio de Educación eliminó el año pasado el departamento que trabajaba en materia de diversidad. ¡Qué señal más clara! El departamento que abordaba los temas de diversidad e inclusión ya no existe; por lo tanto, tenemos una mala señal, y no es raro que la ministra Cubillos no quiera discutir el tema.

Existen pocos estudios sobre el tema de las campañas, pero los hay. Uno de ellos, que fue financiado por el Fondo Nacional de Investigación en Salud, lo realizó nuestra organización hace algunos años y abarcó el comportamiento sexual en hombres y mujeres, homo y bisexuales. Otro estudio sobre uso de condón que fue financiado por Fondo Global, que hicimos en consorcio con Acciongay, y el Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres, también denominado Chiprev, que se hizo en 2010. Ese es un estudio en que trabajamos OPS, Onusida, organizaciones de la sociedad civil, Acciongay, Red OSS y nosotros.

En aquel momento se nos cuestionó en el Ministerio de Salud, nos dijeron que estábamos locos y que la prevalencia de 21 era una locura, pero hoy la Universidad de Chile dice que, de acuerdo al estudio que hicieron ellos, la prevalencia es de 17, es decir, no estábamos tan perdidos en el estudio que realizamos en 2010. El problema es que quienes han tomado las



decisiones políticas no han mirado los estudios, no han visto las cifras y, por lo tanto, han tomado decisiones erradas, porque no se nos hizo caso. Se nos dijo que estábamos locos, que habíamos manipulado el estudio y un montón de cosas más, y hoy se ha demostrado que teníamos razón.

En relación con las campañas, pensamos que solo se reducen a *spots* televisivos, en redes o en otros medios. Sí, las campañas tienen un objetivo, las campañas masivas tienen el objetivo de instalar el tema, de plantear alerta social, pero les recuerdo que, por ejemplo, hace unos años las campañas del Fondo Global tenían presupuesto adicional para hacer despliegue posterior en terreno, lo que permitía la amplificación de las campañas. Las organizaciones sociales salían a la calle, hacían prevención en conjunto con las seremis, se coordinaban con otros organismos, con el Injuv y con otros servicios.

La campaña centrada exclusivamente en los medios masivos tendrá el efecto de mantener la alerta social si se hace año a año, pero eso tiene que ser complementado con acciones en terreno. No basta la campaña por sí sola, sino que debe ser reforzada. Si queremos cambios de conducta y que las personas tengan comportamientos que les eviten adquirir el virus, eso se puede hacer a través de las campañas, por una parte, y por otra a través del fortalecimiento de la respuesta regional.

En relación con el testeo, no es tan simple su implementación. En la Región Metropolitana hubo una licitación en enero de este año donde se licitaron 30 proyectos para hacer testeos por parte de las organizaciones de la sociedad civil, pero solo se asignaron 17, no en la Región Metropolitana.

Ello ocurrió por distintas razones, ya que la normativa tiene ciertas dificultades. Se hizo una licitación en enero para una iniciativa llamada campaña de verano, pero que se haría en otoño, como la que se está haciendo ahora, pero se pidieron ciertos requisitos y se pusieron topes.

Son unos miniproyectos, pero hay muchas organizaciones que todavía no han desarrollado la capacidad de implementar los *tests*, porque aquí se quiere correr antes de caminar. Algunas, como es el caso de Acciongay, nosotros, Red OSS y otros más teníamos la posibilidad de hacerlo, estábamos trabajando en ese tema desde hace tiempo y, por lo tanto, lo podíamos hacer.

Estamos testeando tanto en la Región Metropolitana como en la de Valparaíso, donde tenemos equipos trabajando. De hecho, ya vamos a terminar. Lo haremos en un mes, pero el punto es que no centremos todo el elemento en el testeo. Las organizaciones estamos trabajando en ello, estamos aportando, pero hay que hacer testeos para evitar las crisis de VIH y prevenir en conjunto.

Gracias.

La señorita **MIX** (doña Claudia).- Tiene la palabra el señor Diego Ríos.

El señor **RÍOS**.- Señorita Presidenta, debemos tomar conciencia de que todos quienes estamos acá tenemos trabajo en las regiones, el MUMS también; no sé si Vivo Positivo, pero es importante incluir la opinión regional.



No podemos hablar solo desde Santiago, desde el “santiagocentrismo”, como le digo, y referirnos a lo que pasa en Coyhaique, en Antofagasta o en Valparaíso. En esta respuesta falta la presencia de organizaciones regionales. Ella debe ser a nivel nacional, con el contexto regional que corresponde.

La señorita **MIX** (doña Claudia).- Tiene la palabra el señor Manuel Jorquera.

El señor **JORQUERA**.- Señorita Presidenta, quiero aclarar algo que me preocupa, porque lo he escuchado dos veces. Me refiero a la palabra “tráfico”.

No tengo idea de qué entiende la gente por “tráfico”, pero les contaré que eso tiene que ver con estupefacientes y con medicamentos que se venden con receta cheque o receta retenida, o bien que tienen prohibición de venta en Chile o que se vendan con un método que no corresponde.

El PrEP al que nos referimos es un medicamento que se comercializa en todas las cadenas de farmacias. Hemos tomado contacto con los cinco fabricantes que tienen ese medicamento puesto en el mercado y bajaron el precio desde 450.000 pesos -porque eso era lo que costaba- a 250.000 pesos. Después, Laboratorios Farma lo bajó a 82.000 pesos y hemos logrado el precio más bajo, que es 41.000 pesos.

¿De qué estamos hablando? De derechos, de igualdad y de respeto por una decisión de otra persona. Creo que es legítimo que una persona diga: “No me quiero poner condones y me voy a comprar esa cuestión, porque tengo 41 lucas o con dos clientes me las hago y me salvo, o igual uso condón, pero, si se me rompe, no voy a tener miedo”. Son realidades que también existen.

Estos son medicamentos probados. El PrEP se daba a las personas en la AChS (Asociación Chilena de Seguridad) en los casos de accidentes laborales con heridas cortopunzantes. Por el amor de Dios, ¿de qué estamos hablando?

Bajo nuestro punto de vista como ONG, lo recomendamos como un medicamento de administración posterior, pero es el mismo PrEP que se toma durante más días. Este se toma dos días y el otro se toma durante 28, porque los días domingo, lunes y martes llegan a nuestra organización todas las personas violadas, que fueron drogadas, penetradas en forma doble y no sé qué cosas más. En ese momento hay que tomarles el test rápidamente, no tienen nada y hay que darles un posexposición y al otro día están en PrEP, pero ahí hay una razón, un motivo.

La señorita **MIX** (doña Claudia).- Agradezco a nuestros tres invitados por sus exposiciones, que han sido muy ilustrativas.

Nos encantaría escuchar la experiencia de las regiones. Entendemos que hay muchas organizaciones que tienen representación territorial, de modo que, si conocen algunas que no figuren entre las que hemos invitado, por favor hágannos llegar la propuesta.



En la primera sesión de esta comisión presentamos nuestra metodología de trabajo y un listado de posibles invitados, y esa lista continúa abierta. Esperamos que nos sugieran también a otros.

Antes de terminar, propondré a la comisión el envío de algunos oficios, uno de ellos a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para pedir el detalle de las atenciones en los centros de salud pública de casos de VIH, con estadísticas.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

El otro oficio sería para solicitar mayor información sobre los convenios internacionales que Chile haya firmado en relación con el VIH, su prevención y tratamiento.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

Junto con agradecer la presencia de los funcionarios de la Biblioteca del Congreso Nacional, oficiar a su director para solicitar resúmenes e informes sobre esta materia, que complementen los que está elaborando la Secretaría.

El señor **DURÁN** (don Jorge).- Señorita Presidenta, quiero hacer una aclaración, ellos son funcionarios de la Cámara, no tienen nada que ver con la Biblioteca. Si necesita oficiar a la Biblioteca, hay que hacerlo aparte.

La señorita **MIX** (doña Claudia).- Así lo haremos.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

Tiene la palabra el señor Diego Ríos.

El señor **RÍOS**.- Señorita Presidenta, sugiero invitar a la ministra Marcela Cubillos para que hable sobre la educación sexual y la negativa a incluir el tema de VIH y la reproducción...

La señorita **MIX** (doña Claudia).- Señor Ríos, la ministra ya está en la lista de invitados.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

\*\*\*