



## LEGISLATURA 367ª

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

Sesión 4a, celebrada el lunes 8 de abril de 2019

De 11:03 a 12:20 horas.

#### SUMA

- Exposición Fundación Iguales
- Exposición Departamento VIH  
Universidad de Chile

#### APERTURA DE LA SESIÓN

Se inició la sesión a las 11:03 horas.

#### PRESIDENCIA

Presidió accidentalmente el diputado Víctor Torres Jeldes.

#### ASISTENCIA

Asistieron los diputados integrantes de la comisión, señores(as) Jaime Bellolio Avaria, Juan Luís Castro González, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar, Marcela Hernando Pérez, Erika Olivera de la Fuente, Patricio Rosas Barrientos y Víctor Torres Jeldes.

Claudia Mix Jiménez fue reemplazada por Karol Cariola Oliva.

Como invitados, concurrieron: el Presidente Ejecutivo de Fundación Iguales, señor Juan Enrique Pi.

El Jefe del Departamento VIH del Hospital Clínico Universidad de Chile, señor Alejandro Afani.

Actuó como Secretaria Abogado la señora Ana María Skoknic Defilippis, y como Abogado Ayudante el señor Cristián Ortiz Moreno.

#### CUENTA

1. Comunicación de los Jefes de Comités Mixto (PH-PL-PODER-PEV-IND.) y Partidos Comunista y Progresista, mediante la cual informa el reemplazo temporal de la diputada Claudia Mix por la diputada Karol Cariola.

2.- Solicitud de audiencia de la Clínica Jurídica de Interés Público de la Universidad de Chile, a fin de exponer la visión jurídica respecto a la protección del



derecho a la salud de personas viviendo con VIH, su vínculo con las políticas públicas que enfrentan esta pandemia en Chile y las deficiencias que esa Clínica ha detectado.

3. Comunicación del Director de la Biblioteca del Congreso Nacional, informando los profesionales de Asesoría Técnica Parlamentaria que asistirán durante las sesiones de la Comisión.

4. Excusa del Representante de AHF Chile, Aids Healthcare Foundation, señor Leonardo Arenas, por inasistencia a esta sesión.

### **ACUERDOS**

1. Convocar, para la siguiente sesión, a la Ministra de Educación, a fin que exponga los planes gubernamentales en materia de educación sexual en los establecimientos educacionales del país.

2. En caso de no poder asistir la Ministra de Educación, convocar al Colegio Médico de Chile A.G. y a la Sociedad Chilena de Infectología, a fin que expongan sobre la materia objeto de investigación.

3. Convocar, en sesión a definir, a la ONG Acción Gay, y al Sindicato Afrodita, de Valparaíso.

### **ORDEN DEL DIA**

Expusieron el Presidente Ejecutivo de Fundación Iguales, señor Juan Enrique Pi, y el Jefe del Departamento VIH del Hospital Clínico Universidad de Chile, señor Alejandro Afani.

El contenido de sus exposiciones, en anexo.

\*\*\*\*\*

Para mayores detalles la sesión quedó grabada en un registro de audio en la Cámara de Diputados. Por haber cumplido con su objeto, se levantó la sesión a las **12:20** horas.

**ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS**

Abogado Secretaria de la Comisión



## TEXTO DEL DEBATE

El señor **TORRES**, don Víctor (Presidente accidental).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

La señora Secretaria dará lectura a la Cuenta.

*-La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

El señor **TORRES**, don Víctor (Presidente accidental).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Solicito que dentro de los invitados se incluyan a dos agrupaciones de Valparaíso: Acción Gay y Sindicato Afrodita.

La presente sesión tiene por objeto recibir al presidente ejecutivo de la Fundación Iguales, señor Juan Enrique Pi; el representante de AHF Chile, señor Leonardo Arenas, se excusa y solicita ser invitado para otra oportunidad. El jefe del departamento VIH del Hospital Clínico de la Universidad Católica, señor Alejandro Afani.

En nombre de la comisión, les doy la bienvenida.

En primer lugar, tiene la palabra el señor PI.

El señor **PI**.- Señor Presidente, agradezco la invitación.

Como solo tenemos diez minutos para exponer, haré una presentación breve respecto de las políticas públicas o de los cuestionamientos que deberíamos hacer del modo en cómo el Estado reacciona frente a una persona que es diagnosticada con VIH.

Me voy a referir a cuatro puntos. El primero es el objetivo 90 90 90. Imagino que la comisión está interiorizada con este objetivo de Onusida; luego, me referiré a las brechas que encontramos en el primer 90; después, en el segundo 90, y finalmente en otros aspectos relevantes que pueden estar entorpeciendo la reacción que el Estado tiene frente a las personas diagnosticadas con VIH.

Para el año 2020, en nueve meses más, el objetivo de 90 90 90 consiste en diagnosticar al 90 por ciento de las personas para que conozcan su estado serológico, que el 90 por ciento de personas diagnosticadas reciban



terapia antirretroviral continuada y que el 90 por ciento de personas que reciban terapia tengan supresión viral para tener una carga viral indetectable.

¿Cuál es el objetivo de estos tres 90?

Una persona con carga viral indetectable no transmite el virus a otras personas. Indetectable significa intransmisible, de acuerdo a los estudios Partner 1 y Partner 2, que se realizaron en esta década.

¿Cómo estamos en Chile a nueve meses del año 2020 y qué tan cerca estamos de llegar a que el 90 por ciento de las personas seropositivas conozcan su diagnóstico?

Según el último informe de Onusida, existen al menos 67.000 personas viviendo con VIH, de las cuales solo 40.000 están diagnosticadas, es decir, menos del 60 por ciento. Nos queda 30 por ciento para alcanzar el primer 90 y solo nueve meses. Claramente, es una meta que deberemos desechar porque no vamos a llegar al 2020 con el 90 por ciento de las personas seropositivas conociendo su estado serológico.

Una declaración del ministro Santelices, a comienzos del año pasado, señalaba que las estimaciones del Ministerio de Salud llegaban a 100.000 casos. No sabemos exactamente el número, si 67.000 o 100.000 casos; pero si las estimaciones del Ministerio de Salud fueran ciertas, entonces representaría el 40 por ciento, por tanto, nos quedaría el 50 por ciento de personas viviendo con VIH en Chile que no se han hecho un examen para conocer su estado serológico.

¿Cuáles son las brechas que encontramos para este primer 90?

La primera brecha importante es el artículo 5° de la ley N° 19.779 sobre VIH. Tenemos un examen muy burocrático; incluso, hasta hace unos meses, era aún más burocrático para los menores de 18 años porque debían contar con la aprobación de su representante legal para hacerse el examen. Eso ya se corrigió; sin embargo, para que alguien pueda acceder al examen de acuerdo a los términos de la ley, requiere una orden médica, un consentimiento informado, y consultoría. Todas esas etapas antes de llegar al examen inhiben a la persona para realizárselo.

La segunda brecha es el enfoque pasivo de pruebas. Si imaginamos que todavía no hemos implementado los test rápidos, implementados recién en 2018 y con un poco más de fuerza en 2019, el



enfoque pasivo es esperar que la gente acuda a hacerse el examen cumpliendo con los requisitos del artículo 5° de la ley N° 19.779.

Recientemente, se incorpora el test rápido, pero hay que ver si está acompañado de un plan de aplicación a grupos clave, enfoque territorial y de derechos humanos que todavía está por verse de parte del Ministerio de Salud. Tiempo de inicio de tratamiento antirretroviral desde el diagnóstico.

¿Cuáles son las brechas para el segundo 90?

Les recuerdo que el segundo 90 es tener al 90 por ciento de las personas diagnosticadas con VIH recibiendo un tratamiento antirretroviral continuo. Una brecha importante es el inicio del tratamiento desde el diagnóstico. Es decir, cuando una persona se hace un test de VIH y da positivo, hay que llevar la confirmación del ISP que tiene un tiempo variable de recepción y de emisión; luego la asignación de centro de salud y hora médica con el médico tratante; exámenes de carga viral y población linfocitaria y, finalmente, se inicia el tratamiento antirretroviral. Muchas veces estos tratamientos se inician después de dos meses del primer diagnóstico.

Al respecto, hay que hacerse dos preguntas: ¿Sabe el Estado, el Ministerio de Salud, cuánto demora una persona desde su primer diagnóstico hasta que inicia el tratamiento antirretroviral? Si la respuesta es no, el Estado debe averiguarlo.

Si sabe cuánto demora, que en algunos casos es de dos meses o de cuarenta y cinco días como mínimo, ¿es posible disminuir ese tiempo, optimizando el proceso, o bien lo que toma cada una de las etapas para asegurarle pronto el inicio del tratamiento antirretroviral, una vez que es diagnosticado positivamente?

Mientras más tiempo dejamos que pase antes de iniciar el tratamiento, más tiempo demora en llegar la carga viral a cero y así evitar que transmita el virus.

Otro aspecto relevante tiene que ver con la ley N° 19779. ¿Qué dice la ley sobre prevención? Que el Estado tiene el rol de informar. El Estado es informante de cómo se transmite el VIH, a las consecuencias de vivir con VIH. Lo que dice la ley es que el Ministerio de Salud tiene la obligación de informar. Ese es el mandato que la ley entrega al Estado; sin embargo, ante la situación en que actualmente se encuentra el país en relación con el VIH,



resulta absolutamente insuficiente. Por lo tanto, lo primero que tenemos que revisar es cuáles son las obligaciones que le caben al Estado y al Ministerio de Salud respecto de la prevención.

Segundo, ¿qué dice la ley sobre el diagnóstico? Hasta hoy, tenemos un examen altamente burocrático, que evidentemente no ha motivado o no ha transmitido a las personas la importancia de hacérselo.

Otro aspecto relevante tiene que ver con el PrEP, que en la actualidad está siendo utilizado en 39 países del mundo. Por ejemplo, en México y en Brasil y desde el año pasado se inicia en Perú.

En Chile, el doctor Afani inició una investigación en 2018. Ahí tenemos otro aspecto importante en el cual no hemos sido ni vanguardistas ni hemos estado a la altura de las herramientas que entrega la ciencia para prevenir el aumento de nuevos casos de VIH.

Finalmente, uno de los puntos fundamentales es lo que concierne a la educación sexual. En Chile nunca ha existido una educación sexual integral. Aquí, tenemos un problema gravísimo, principalmente por las voces que constantemente nos están diciendo que a mis hijos los educo yo, con mis hijos no te metas. Es una irresponsabilidad de parte del Estado dejar la educación sexual exclusivamente en manos de los padres, en circunstancias de que ellos tampoco han recibido educación en ese ámbito. Debemos dejar de ver el tema de la educación sexual en una visión dicotómica y antagonista entre el Estado y los padres. Esa es una falsa dicotomía. Evidentemente, la familia sí juega un rol en la educación de sus hijos; por lo tanto, los padres pueden inculcar a sus hijos los valores que estimen necesarios respecto de la afectividad, sin embargo, el Estado también tiene un rol importante. El Estado no puede obviar su obligación en un tema que repercute directamente en el ámbito de salud pública respecto de educación de niños, niñas y adolescentes.

Hay algo que siempre digo, no solo cuando hablamos de educación sexual, sino también cuando hablamos de educación cívica. Cuando los adolescentes salen del colegio, no necesitamos solo gente buena para las matemáticas, para lenguaje, para biología o historia, sino que necesitamos buenos ciudadanos y personas que sepan vivir responsablemente su sexualidad, y el Estado no puede perder de vista eso.



En ese sentido, es fundamental y debería ser materia de una ley, que exista un programa único y obligatorio de educación sexual para todos los establecimientos educacionales. Es tan importante que un adolescente sepa de matemáticas como que sepa usar correctamente un condón. Tenemos que dejar de ver la educación como algo exclusivamente de capacidades profesionales, sino también hay que preocuparse cómo las personas se involucran en la sociedad. Creo que el tema de la educación sexual es fundamental y se no puede seguir haciendo vista gorda al respecto.

Muchas gracias por la invitación y quedo disponible para responder cualquier pregunta.

El señor **TORRES** (Presidente).- Sugiero que escuchemos la segunda exposición y, luego de eso, hagamos una ronda de preguntas a los invitados.

En nombre de la comisión, doy la bienvenida al doctor Alejandro Afani, del departamento de VIH del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Tiene la palabra el señor Afani.

El señor **AFANI**.- Señor Presidente, agradezco mucho la invitación.

Me parece muy importante que este tema siga en revisión y supervisión de lo que se está haciendo, para revertir las cifras de VIH que hoy tenemos en nuestro país. No alcancé a hacer una presentación en Power Point, porque llegué anoche de Bogotá, donde estuve, justamente, revisando lo que está ocurriendo en Latinoamérica en el tema del VIH.

Quiero hacer una introducción respecto de las cifras, de lo que no sé si se ha dicho algo al comienzo. Ha habido un incremento de casos nuevos diagnosticados en Chile, desde 2010 en adelante, lo que nosotros veníamos advirtiendo hace bastante tiempo. En 2016 o 2017, la ONUSIDA sitúa a nuestro país entre los que han tenido un incremento muy importante, especialmente entre 2010 y 2017, en que hubo 2.968 nuevos casos; en 2017, hubo el 96 por ciento de incremento, 4.698 nuevos casos. Recientemente en 2018, a diciembre, tenemos 6.948 nuevos casos diagnosticados, lo que significa que tenemos el incremento más alto en toda la región.

En el encuentro que tuvimos en Bogotá, se revisó país por país, y Chile es el que está peor en términos de incremento de nuevos casos



diagnosticados. En cuanto a la mortalidad, las cifras tampoco han disminuido. Cuando la tendencia en el mundo es a la disminución de nuevos casos, más o menos 20 por ciento anual, nuestro país, entre 2017 y 2018, tuvo entre el 15 y el 20 por ciento de nuevos casos diagnosticados. Dicho sea de paso, eso no se debe a la presencia de extranjeros en nuestro país, sino que es algo que viene desde hace mucho tiempo; no obstante que, proporcionalmente, el número de inmigrantes ha ido aumentando. Hay que ser bien claro en eso, el VIH no aumenta en nuestro país por la llegada de inmigrantes.

Otro tema importante es lo del 90-90-90, que es la estrategia de la Organización Mundial de la Salud para tener la situación controlada a nivel mundial. La estrategia 90-90-90 en Latinoamérica está bastante mal, especialmente en el primer 90, que se refiere al diagnóstico. La estadística o la estimación decía que la prevalencia en Chile era del 0.5 por ciento en la población general.

En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile se realizó un testeo rápido a la población general y el primer llamado de alerta fue que encontramos una prevalencia de 1.3, en cerca de 4.000 casos que analizamos. Evidentemente puede estar el sesgo, en el sentido de que acude la población de más alto riesgo y eso hay que considerarlo, pero más allá de eso era una cifra alta, razón por la cual pedimos una reunión con el ministro Santelices, para mostrarle los resultados y hacerle ver que creíamos que era urgente poner al VIH como una prioridad en la agenda. Así, el 18 de mayo del año pasado fue anunciado el plan nacional de VIH, en el que hay cosas que se han hecho bien, otras más o menos y otras que, francamente, no se han hecho.

En términos del diagnóstico, el plan nacional, que revisé antes de venir, contempla tres ejes. El primero es que se decidió hacer 1.850.000 test rápidos en dos años. Entiendo que hasta marzo se han hecho 62.000, lo que es un 3 por ciento del total, y de esos hay 587 que están reactivos, lo que significa que hay una prevalencia de 0.95, que es muchísimo, porque estamos hablando de la población general. Si ese dato fuera cierto o real, la población que está viviendo con el VIH, que no conoce su diagnóstico, es muchísima más de lo que se ha dicho, entre 20.000 y 30.000. Estamos hablando de más de 50.000. Lo importante es saber a quiénes se realizaron esos 62.000 *test* y conocer el estado de avance de los *Test* Rápido, pues esa es la prioridad en



este momento. Hay que minimizar la brecha que hay entre las personas que están viviendo con el virus, que conocen su diagnóstico, versus quienes lo desconocen, porque hay dos implicancias en ello. La primera, en las personas que están conviviendo con el virus y desconocen su diagnóstico, la enfermedad va avanzando. Sabemos que hoy el tratamiento antirretroviral logra transformar una enfermedad mortal en una enfermedad crónica, pero para ello la persona tiene que iniciar el tratamiento de manera oportuna. No es lo mismo si empieza el tratamiento en etapa tardía, lo cual es muy importante porque el diagnóstico en las fases tardías es bastante alto en nuestro país. La presentación tardía es más de un 30 por ciento, lo que significa que esas personas no se infectaron ahora o el año pasado, sino que hace muchos años y no han sido diagnosticadas.

Entonces, es importante reducir esa brecha, y tratarlos por la razón médica, pero también para reducir la transmisión del VIH, porque esa persona que está infectada conoce su diagnóstico y por esa razón hay una preocupación por no transmitir el virus, pero también de tratarse.

Ahora, ¿cuál es el tratamiento? Lograr la indetectabilidad, o sea, que el virus se haga indetectable en la sangre, lo que significa que actualmente, a nivel mundial, está reconocido que una persona que está con carga viral indetectable no transmite el virus.

Tanto es así que hoy, por ejemplo, parejas serodiscordantes, que una persona esté infectada y la otra no, y está en tratamiento, está indetectable, y los médicos en Europa y en Estados Unidos les dicen: “No importa, pueden no usar preservativos, porque no se van a infectar”.

Eso también lo estamos haciendo, pero, atención, eso es solo para personas que tienen parejas estables. Lo digo en el sentido de que la carga viral, es decir, la presencia del virus en la sangre es fundamental en términos de la transmisibilidad.

Una persona que no tiene virus en la sangre o está indetectable no transmite, y ese es el 90, 90 y 90. O sea, el tercer 90 es llegar a que todas las personas que estén diagnosticadas y con tratamiento estén indetectables, porque ello va a permitir que tengamos la situación controlada, y de eso en Chile estamos muy lejos todavía.



Revisé los tres ejes del programa. Aquí tengo el resumen ejecutivo del plan de mayo de 2018.

El primer eje es la comunicación social y efectiva, que se refiere a las campañas. Destaco que se haya colocado el tema del VIH como una prioridad en la agenda, que no estaba, pero históricamente las campañas en nuestro país no han sido efectivas.

Primero, porque han sido campañas que han estado solo rodeando a la fecha del Día Mundial del Sida, dos o tres meses, y después desaparecen.

Por otro lado, en las campañas, de alguna manera, ha entrado el componente religioso, que ha bloqueado componentes importantes en cuanto a los mensajes a entregar.

Han sido campañas con mensajes confusos, difusos, que no han llegado al *target*. Las personas no se han sentido identificadas. Basta con que ustedes pregunten en la calle a los jóvenes y no se sienten identificados, no se acuerdan de la campaña, no saben, y si uno hace una encuesta se da cuenta de que el origen de todos los males es la falta de educación sexual.

Los jóvenes no tienen una sexualidad responsable ni autocuidado, no porque no quieran, sino porque no han tenido la debida educación.

En ese sentido, les quiero adelantar que otras de las medidas que vamos a hacer como Universidad de Chile -lo conversé con el rector y lo vamos a realizar- es una prueba de conocimientos específicos de enfermedades de transmisión sexual y de sexualidad, para saber cuánto realmente saben los jóvenes, porque lo que se ha hecho es solo basado en percepciones. En el fondo, queremos saber realmente qué está ocurriendo y nuestro *target* de la universidad son más de 30.000 estudiantes, así es que vamos a ver qué sale de ahí.

Como les decía, las campañas han sido históricamente malas. Hoy los jóvenes tienen una forma de comunicarse y de aprender muy distinta a la de hace años. Utilizan las aplicaciones, tienen formas diferentes de aprender y nosotros tenemos que adaptar las formas de enseñar a esa manera de aprendizaje.



Los equipos creativos deben tener campañas duraderas en el tiempo, en cápsulas dirigidas a las aplicaciones telefónicas, pero que lleguen.

Ahora, me ha tocado tratar con jóvenes y he aprendido mucho, pues estamos viviendo una situación muy distinta de la que ocurría hace 5 o 10 años.

Voy a darles algunos ejemplos. Un joven de 19 años, me dijo: “Sí, doctor, realmente no sé por qué me infecté. Yo sé esto del preservativo, lo he usado cuando he tenido muchas relaciones”.

Preguntándole un poco más, él usaba el preservativo solo al momento de la eyaculación y no durante todo el proceso anterior, y él pensaba que estaba bien porque usaba el preservativo.

Son detalles, y si uno comienza a ahondar un poco más se da cuenta de que hay falencias realmente abismantes en cuanto a la enseñanza y al conocimiento de enfermedades de transmisión sexual.

En realidad los jóvenes usan el preservativo más para prevenir el embarazo que para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, y por ello estamos viendo que no solo el VIH, sino que la sífilis o la gonorrea, van en un crecimiento exponencial muy importante.

Por eso, las campañas es un tema que aún no está resuelto.

La prevención combinada es el segundo eje estratégico que está en la campaña. Ahí se habla sobre el tema de los *Test Rápido*, de aumentarlos, de expandirlos y del autotesteo.

De autotest no hay nada todavía.

De *Test Rápido*, como les decía, se habían anunciado 1.850.000, y según entiendo, se han hecho 62.000, un 3 por ciento.

Ahora, lo que sí es relevante es que en esta muestra hay una prevalencia de 0,95 por ciento, y aquí hay que ver qué está pasando, porque si esto es real y refleja lo que ocurre en nuestro país, es demasiado importante, pues estamos hablando de un universo de casi 100.000 personas que no conocen su enfermedad.

En cuanto al acceso a los preservativos, que forman parte de la prevención, diría que en el preservativo masculino hay un déficit importante y habría que ver qué está pasando con ello, a diferencia del preservativo femenino, que diría que ha estado bastante bien enfocado y está andando.



En cuanto al diagnóstico, una vez que las personas son diagnosticadas rápidamente son vinculadas y puestas en tratamiento. Esa parte está funcionando bien y hace muchos años también funciona. Sin embargo, si todas las personas que hoy están con la infección y fueran diagnosticadas, el modelo actual no daría para dar respuesta a ello.

Es importante trabajar rápidamente en el modelo de atención, un modelo moderno, adecuado. Ya está casi colapsado, y eso que nos falta casi la mitad de personas por diagnosticar.

Entonces, si se va a hacer un rápido incremento en los *test* de diagnóstico, hay que actualizar y modernizar el modelo. En ese sentido, se anunció la creación de 20 centros de atención en dos años.

En un año se han creado cuatro centros, como los de La Florida, Padre Hurtado, Peñalolén y El Carmen. Entonces, hay que ver cómo va este plan de expansión y de crecimiento.

Francamente, el modelo actual de gestión hay que cambiarlo; tiene que ser uno modelo descentralizado, tanto del diagnóstico, del tratamiento y del seguimiento de los pacientes que están desde Arica a Punta Arenas, porque hoy no funciona de la mejor manera. En eso hay que avanzar y requiere de voluntad política, que es importante.

Llegamos a la parte que está peor: la regulatoria. Eso tiene que ver, por ejemplo, con cambiar los algoritmos de diagnóstico y de confirmación en nuestro país, pues es impresionante el tiempo que demora desde que una persona se hace el *Test Rápido* hasta que llega la confirmación.

Si se diagnostica a la persona en un momento en que está en una etapa avanzada, puede que llegue la confirmación cuando ya esté muerto. Pero no se puede iniciar tratamiento si no tiene la confirmación.

Eso hay que destrabarlo y hay propuestas para facilitar los algoritmos de diagnóstico. Actualmente, está todo centralizado, confirmación en el Instituto de Salud Pública, y nuestra propuesta es que con un *Test Rápido* o con un *test* de Elisa más un examen de confirmación, que puede ser una carga viral o un *Western Blot*, que es de confirmación, es suficiente, y con ello estamos acortando de manera significativa el diagnóstico para poder iniciar rápidamente el tratamiento. ¡Si de eso se trata! Inicialo lo antes posible.



La confirmación no demora menos de tres semanas, esa es la realidad. Desde que la persona se hace el test y llega el resultado, estamos hablando de un mes, tiempo que es vital en personas que tienen un diagnóstico avanzado.

Respecto de la profilaxis pre-exposición (PrEP), puedo señalar que en la actualidad está científicamente demostrado que el uso de medicamentos en personas que son cero negativas, pero que tienen una alta probabilidad de infección, es muy eficaz, pues reduce en 90 por ciento y hasta en 95 por ciento la probabilidad de infección. Hay muchos estudios científicos publicados en revistas de alto impacto que lo señalan; de hecho, hay más de 300.000 personas en el mundo que están en tratamiento y que han iniciado el PrEP en Estados Unidos, en la mayoría de los países de Europa, en Australia, en África y Latinoamérica, como en Brasil, Perú y Chile.

Las personas más informadas, como los jóvenes, saben del PrEP, como en nuestro país ya está la aprobación regulatoria para el uso de esta indicación, lo estamos utilizando. De hecho, hay varias personas que están iniciando este tratamiento, lo que demuestra que es una medida importante.

Es una estrategia que el programa contempla, pero que aún no ha comenzado a ejecutarse; sin embargo, entiendo que debería comenzar lo antes posible. Ojalá comience su uso durante este primer semestre, porque así vamos a poder controlar y revertir la tendencia tan negativa que tiene el VIH en nuestro país.

El señor **TORRES** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero preguntar al doctor Afani, quien ha tenido una destacadísima trayectoria sobre este tema en el hospital Clínico de la Universidad de Chile y en diversas políticas públicas implementadas en nuestro país, lo siguiente: Primero, respecto de ese 30 por ciento que hoy están diagnosticando tardíamente y que asociado a la lentitud con la que se está implementando el test rápido, el cual debe alcanzar un millón doscientos mil testeados y solo llevan sesenta mil, ¿qué tan riesgoso es que nos encontremos muy cerca de dar un paso regresivo en cuanto a que la afluencia



de los no detectados, por llegar tardíamente en un porcentaje importante de casos, nos retrotraiga a un diagnóstico con un empobrecido pronóstico para esos casos, en cuanto a que ya las posibilidades de llegar a carga viral cero sean más difíciles?

Lo señalo porque respecto del test rápido, según lo que he visto en mi región, mi seremi es muy proactivo, pero con equipos chiquititos, va a un colegio, a un instituto profesional, salen a la calle, pero en el modelo centralizado, que usted señalaba, donde en un cuaderno anotan los test que van saliendo positivos -que si bien son pocos en general, son bastantes en el contexto nacional-, se les dice: “vaya al Cesfam tanto, hágase el Elisa allí, y después corroboramos el resultado”. O sea, es una vuelta larguísima; de hecho, sin ir más lejos, en regiones yo lo veo. Mi distrito no está tan lejos de Santiago, y es una vuelta que da para más de un meso o dos meses.

Entonces, con este ritmo un poco de tortuga, doctor Afani, ¿cómo vamos a llegar a cubrir el millón doscientos de test rápidos? ¿Cómo vamos a llegar realmente donde están los jóvenes? ¿Cómo los pesquisados, cero positivo, van a llegar a tiempo?

Por otra parte, en febrero, la autoridad de la cartera, señaló que el uso de la “píldora del día después” o levonorgestrel habría influido, en la relación sexual, en una especie de sustitución de la píldora por el preservativo, y que, por tanto, habría un grado de responsabilidad sobre el uso de la “píldora del día después” bastante marginal en la sociedad chilena, porque no va en los jóvenes por relaciones sexuales no protegidas, complacidas por ambos, sino por abuso sexual, el uso de la “píldora del día después”, como para pensar que sea un sustituto del preservativo.

Sobre el preservativo han salido encuestas que señalan que uno de cada cinco jóvenes los usa. Tengo la impresión de que la situación puede ser aun peor.

Los preservativos se venden en todas partes, incluso hemos visto que las autoridades los colocan en los servicentro. Yo he visto que en las cajas de los supermercados o en los Pronto Copec se venden preservativos. Otra cosa es que lo compren, pero la oferta ha estado disponible, a distintos valores y en lugares que no son farmacias. Falta aún más en cuanto a la conciencia de programación. ¿Qué se hace en materia de preservativos?



Lo tercero es saber qué hacer con los migrantes en las zonas donde hay gran porcentaje de VIH, VIH asociada tuberculosis, como en las regiones del norte de Chile: Arica, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, solo por nombrar algunas, en las que hay migración haitiana o colombiana, y donde obviamente -no por discriminar o echar la culpa a alguien-, tenemos más visibilización de VIH y VIH asociada a tuberculosis, que es parte de la simbiosis de patologías que tenemos en nuestro país.

Por último, doctor Afani, ¿qué hacemos con las otras enfermedades venéreas asociadas al pack de la relación sexual no protegida? Qué hacemos con la sífilis o con otras infecciones, que son muchísimas y que hoy, no por aparecer en un segundo plan, son menos importantes respecto de lo que está ocurriendo con la población afectada.

El señor **TORRES** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero saludar a los dos expositores.

Ahora, a propósito del primer 90 por ciento, que tiene que ver con el diagnóstico, ya todos sabemos que no está muy claro cuántas personas que deberían estar diagnosticadas, no lo están, y que son las que pretendemos llegar con estos test rápidos. Pero hay una cifra que es nebulosa y se desprende para el segundo 90 por ciento que está en tratamiento.

¿Hay alguna estimación sobre cuántos deberían estar diagnosticados, pero que no lo están?

Pero de los que están diagnosticados, no sé qué porcentaje está en tratamiento. Me gustaría que lo señale.

Ahora, una de las cosas que ha hecho que estemos hablando de esta epidemia, porque existen cifras altísimas que lo corroboran, lo que nos convierte en uno de los países que está más complicado al respecto, tiene que ver con un aumento de diagnóstico que se dio en los años anteriores. Algunas cifras señalan que pasamos de hacer 800.000 diagnósticos a un millón y medio de diagnósticos. No sé si esa cifra es real, pero, ¿cómo se explica que hoy estemos tan complicados con los test rápidos?

La cifra que comprometió el Ministerio de Salud es de un millón seiscientos cincuenta mil en dos años, respecto de la cual obviamente



estamos muy por debajo. Sin embargo, cómo se explica que no se está focalizando –lo han dejado claro todos los invitados- en hombres que tienen sexo con hombres, considerando que son quienes tienen una mayor prevalencia. Entonces, si no estamos focalizando, cómo se explica este 0,95 por ciento.

Asimismo, que se pronuncie respecto de la estrategia que se está siguiendo. Lo que uno observa, y no solo en regiones, sino que también en la Región Metropolitana, donde debe ser más complicado todavía, es que en atención primaria, en salud, difícilmente los equipos de salud están pudiendo aumentar los exámenes y los test rápido; lo hacen en horario funcionario y eso no va a lograr aumentar la cantidad de test rápido.

Por otro lado, el ministerio ha focalizado recursos en pequeños proyectos con ONG, que son de cuatro o cinco millones de pesos, para hacer test rápido en lugares de alta afluencia de público sin focalización alguna y donde es difícil, además, conseguir la adhesión para que el paciente vuelva o no arranque antes de tener el resultado.

Entonces, me gustaría que también se refirieran a las estrategias que se están implementando.

En relación con los fármacos, y aquí la pregunta es más para el doctor Afani, que tiene que ver con los tratamientos.

Hoy aparece un reportaje muy interesante en El Mostrador, a propósito de la Cenabast, y algunas estrategias nuevas en la compra de fármacos. Quiero que usted me diga si hay mucha diferencia entre que los enfermos se traten con medicamentos genéricos bioequivalentes o se traten con medicamentos de marca que ya perdieron la patente. Lo pregunto, porque la actual administración está comprando medicamentos de marca a un precio mucho mayor, entiendo que es un 50 por ciento más alto, en circunstancias que el gobierno anterior dejó lista la compra de medicamentos genéricos bioequivalentes.

Así que, en relación con el tratamiento y la efectividad me gustaría que se pronunciara.

Respecto de la profilaxis pre-exposición, hicimos algunas preguntas hace algunos días al ministro -parece que fue en la primera sesión que tuvimos en Valparaíso- en que usted fue claro al decir que es súper eficaz.



Había cinco pilotos, no sé si eran cinco o tres, pero había algunos pilotos en mayo del año pasado. ¿Por qué hoy nos dicen que tenemos que esperar hasta junio para partir con esta estrategia y qué opina usted al respecto?

El señor **TORRES**, don Víctor (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Patricio Rosas.

El señor **ROSAS**.- Señor Presidente, mis saludos a Juan Enrique Pi y al doctor Alejandro Afani, a quienes agradezco sus presentaciones.

La verdad es que nos motivan a hacernos bastantes preguntas, por lo que imagino que mis colegas también han puesto el dedo en la llaga respecto de situaciones que los médicos, a veces, desde el punto de vista de tratantes nos sorprenden de cómo enfocamos la política de salud respecto de los que se hace directamente con el paciente.

Como varias de las preguntas que tenía ya fueron formuladas, solo quiero pedir al doctor Afani un comentario sobre dos temas que se mencionaron.

El gobierno planteó que iba a hacer 1.800.000 test en dos años.

El señor **AFANI**.- Señor Presidente, 1.850.000.

El señor **ROSAS**.- Señor Presidente, en dos años ha realizado 62.000, pero ya la prevalencia da una señal de alerta y creo que extendernos en ese tema me interesa, porque a mis colegas que están trabajando con pacientes creo que también los va a motivar a estar más pendientes de indicar que se haga un auto-test o un test.

La segunda pregunta es respecto de los centros: también se anunciaron 20 centros en dos años, y se han hecho –esto es como las películas del anuncio y la realidad- cuatro en un año.

¿Cuál es la expectativa y la importancia que tendrían estos centros, desde el punto de vista de una política centrada en el resultado, que es lo que queremos, que es el 90-90-90?

La otra pregunta es para Juan Enrique Pi. Una pregunta que la semana pasada también se la formulé a otros personeros que expusieron acá, respecto de la ley de VIH, porque ya tiene 20 años y hay mucho que hacer; probablemente, modernizarla. Juan Enrique algo expuso al respecto.

A lo mejor, la opinión de los dos respecto de eso, porque, está bien, una ley generó un avance respecto del VIH, pero en muchas discusiones



que hemos tenido con colegas médicos se ve que hay problemas, a veces, que pudieran mejorarse al mejorar esta ley, sobre todo en que le encarga al Estado realizar campañas, informar más que nada, y eso es, justamente, de lo que se ha carecido en el último tiempo y es por lo que estamos enfrentando esta crisis.

El señor **TORRES**, don Víctor (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Jaime Bellolio.

El señor **BELLOLIO**.- Señor Presidente, primero, gracias a Juan Enrique Pi por su presentación de Pi.

Estoy totalmente de acuerdo en que existe una falsa dicotomía entre la enseñanza de la educación sexual en los colegios y los padres, y que, teóricamente, sería ajeno el rol del Estado frente a ello.

Pero, precisamente, porque esa dicotomía es falsa es que creo que la retórica de “es irresponsable dejarle la educación sexual solo a los padres” es equivocada, porque presume que existe la dicotomía y que, por tanto, cualquier cosa, de ahí en adelante, es como que le queremos quitar la educación sexual a los padres para pasársela al Estado. Si esa fuera la retórica yo diría: No, nica. ¡Nica!, porque es en conjunto. En el colegio de mis hijos parte en el jardín infantil y, formalmente, el programa parte en pre kínder. Se trata de una experiencia exitosa, que es traída desde distintas partes del mundo, y entiende que la enseñanza de la educación sexual es la enseñanza de la afectividad y no solo en el ámbito de la genitalidad o del acto sexual. ¡Obvio!

O sea, en el jardín infantil, la enseñanza de la afectividad es muy importante, sobre todo en una época en que la conciencia sobre los abusos es muy relevante.

Por supuesto, en la medida en que (los menores) van creciendo, tienen que ir conociendo más cosas hasta conocer absolutamente todas las cosas, máxime cuando las familias hoy no compiten con el Estado o con el colegio, sino que compiten con Internet. Por tanto, si no hay una buena educación sexual o de la afectividad, desde que son más pequeños, al final, los niños terminan aprendiendo, no la mejor cara de la sexualidad, de la afectividad y de la genitalidad, sino la peor.



O sea, es al contrario; esta es una manera, si se quiere, conservadora, de empezar la educación de la afectividad y de la sexualidad desde la más temprana edad, pero eso tiene que hacerse con la familia y no que aparezca como que es en contra, o sea, como de quitarle responsabilidad, sino que es con ella.

Entonces, a pesar de que estamos plenamente de acuerdo en el objeto final, creo que la misma retórica, a veces, con la cual queremos decir el punto, puede espantar a ese grupo de la población que diga: no ¿sabe qué? Aquí me van a quitar... y me van a imponer una manera de enseñar la sexualidad que a mí no me gusta.

Hay cuestiones sobre las que, además, hay bastante acuerdo científico, como qué cosas son las que se deben enseñar, qué otras cosas quedan para lo cultural o religioso, pero hay ciertos ámbitos que van mucho más allá de lo religioso, que son cosas evidentes, biológicas, que tiene que simplemente saberse porque son parte de la naturaleza de cada cual.

Segundo, y es para ambos. Creo que todos acá compartimos que las campañas han sido inefectivas. La pregunta que surge, entonces, es qué creen ustedes que se puede hacer para que dejen ser inefectivas. No es solo buen marketing o buena publicidad. Para que haya buen marketing o buena publicidad primero debe definirse qué es lo que se quiere hacer. El marketing y la publicidad van a ser las mejores herramientas para comunicar, pero primero hay que saber exactamente qué es lo que se quiere comunicar. Mi hipótesis es que como no está claro todavía qué es lo que se quiere comunicar exactamente, la campaña termina siendo una especie de escopetazo al aire. Entonces, no es efectiva.

Y no necesariamente tiene que ver con la población de riesgo, sino que con qué es lo que se quiere transmitir.

Segundo, y sería también muy interesante poder probar esta hipótesis, que es más bien personal, que es que creo que ha bajado el temor frente a ciertas enfermedades de transmisión sexual, o que el riesgo de contagiarse de las mismas es mucho menos grave, y en parte es la realidad, porque hoy una persona con VIH, tal como decía el doctor Afani, con un tratamiento puede tener una cantidad de virus tal que puede no ser contagioso. Entonces, claro, es como una enfermedad crónica.



En cambio, los que somos un poco más viejos que los actuales, eran nuestros héroes los que se morían de SIDA y, por lo tanto, existía un riesgo asociado a tener VIH y después SIDA, que nos hacía buscar más información y, en consecuencia, estar más activos en términos de ver cuáles eran las barreras para no contagiarse, y dentro de ese *pack* venían, como decía el diputado, las otras enfermedades de transmisión sexual.

Entonces, la pregunta es si puede ser cierta esa hipótesis, podría tratar de probarse: quizá hay un menor interés en conocer sobre las enfermedades de transmisión sexual, toda vez que se ven menos riesgosas, lo cual no implica que uno no tenga que ir a conocer más. Al contrario, creo que es necesario que se conozcan más, que se sepa más de estas.

Pero si parte de esta hipótesis es cierta, entonces podemos ir a la fuente, que es despertar también dentro de los jóvenes, que son más bien pasivos frente a la información, algo que sea activo frente a esa información, de querer saber más.

¿Por qué tiene cierto riesgo, tanto en la afectividad como en lo sexual?

Por último, el tema de la posibilidad del autotest. Sé que las organizaciones que se han dedicado al tema del VIH tienen diferencias de opinión al respecto. No solo en cuanto al test rápido, que es una situación controlada, sino más bien al autotest, en el sentido de que una persona pueda comprarlo en internet o en la farmacia, como se compran preservativos, tal como el test de embarazo, que lo pueda hacer en la intimidad de su propio hogar. Por supuesto, no es una situación controlada.

La pregunta es si ese riesgo de lo no controlado es superior a la posibilidad de pesquisar mejor quiénes hoy tienen el virus sin saberlo.

El señor **TORRES** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, una consulta para el doctor Afani.

¿Por qué no se vende en farmacias el autotest? En Internet está a cinco mil pesos. Llega de un día para otro, no hay problema. Pero en ninguna farmacia se vende, porque el Ministerio de Salud, por esa razón, de la pérdida de control, no permite la distribución en la farmacia directamente a la gente.



El señor **TORRES** (Presidente accidental).- Hecho el complemento, tiene la palabra el doctor Afani.

El señor **AFANI**.- Señor Presidente, son hartas preguntas. Me agrada, porque quiere decir que el tema da para bastante.

Son muy relevantes todos los puntos que se plantearon. Voy a tratar de dar un orden más o menos lógico a todas las preguntas.

En primer lugar, en relación con el 30 por ciento de la “presentación tardía”. Creo que es un tema no menor, en términos de que si bien se ha reducido el porcentaje de personas que consulta “presentación tardía”.

Para entender, señalo que “enfermedad avanzada” es cuando la persona consulta cuando tiene menos de 200 CD4, y eso es estar muy expuesto a enfermedades oportunistas y también, desde luego, a la alta mortalidad que eso significa.

Pero “presentación tardía”, en realidad uno debiera hablar con menos de 350 CD4, y eso significa que el porcentaje es aun mayor a un 30 o 40 por ciento; es decir, personas que se infectaron años atrás. Recordemos que en la historia natural de la infección del virus -voy a hacer un pequeño comentario biológico, que es importante para lo que estamos hablando-; en el tiempo cero, cuando una persona se infecta, ocurre lo que se llama la primoinfección, que puede o no tener síntomas, y si tiene síntomas, en esa etapa puede tener lo que se llama “síndrome retroviral agudo”, en el cual el virus se comienza a multiplicar rápidamente en la persona cuando se infecta. Puede tener síntomas, el problema es que esos síntomas son inespecíficos, como un cuadro viral, como una influenza, como una faringitis, ganglios, fiebre, y si la persona no consulta, esos síntomas pasan.

¿Qué pasa después? Ahí está el problema, viene un período largo de tiempo, entre cinco, siete, diez años o más a veces, en que la persona está totalmente asintomática, como cualquiera de los que estamos en esta sala, pero la enfermedad va progresando, va destruyendo progresivamente su sistema inmunológico hasta que llega a la enfermedad avanzada, y se ha perdido un tiempo valiosísimo en toda esa época de poder tratar a la persona para que la enfermedad no avance y que tampoco vaya infectando a otras personas.



Entonces, es muy importante, y hago la salvedad, porque si la persona no consulta en ese momento, no se hace el test por alguna razón - por eso, debemos tener en el inconsciente colectivo que en el chequeo habitual, cuando uno se hace un hemograma, un perfil bioquímico, debe estar incorporado también el test VIH de manera frecuente-, se produce lo que se llama la “presentación tardía”, que en Latinoamérica es muy alta.

Años atrás, en Chile se pensaba que al año 2013 la mortalidad por VIH-SIDA iba a disminuir 1,8 por cien mil habitantes. Sin embargo, lo que tenemos hoy es más de 3,1-3,2 por cien mil habitantes. Es decir, no solo no ha disminuido, sino que ha aumentado, y en parte se debe a que las personas llegan tardíamente a su diagnóstico.

Entonces, la forma de frenar esto, por un lado, es masificar el test, especialmente en las poblaciones de mayor riesgo, que son los grupos de hombres que tienen sexo con hombres, donde está claramente el foco más importante, y en la gente joven, entre 15 y 29 años, que es el grupo donde más se ha incrementado.

También es importante, y hago el vínculo con la otra pregunta, que se deben tratar de acortar al máximo los tiempos de confirmación para vincular rápidamente a esa persona que le salió reactivo el examen, que se confirme para comenzar el tratamiento, porque en una persona que está estable, que no está avanzada la enfermedad, puede no ser tan relevante un mes. Pero una persona que tiene su sistema inmune dañado, que llegó a una “presentación tardía”, cada día que pasa cuenta, y las personas se mueren. Incluso, ustedes pueden ir y preguntar, especialmente en el sistema público.

La otra vez conversaba con los encargados del programa en Iquique, y me decían que ellos tenían en la UTI muchos pacientes hospitalizados VIH que llegaron por otra razón, por una neumonía, por un problema en el sistema nervioso central o por un cáncer, y estamos esperando la confirmación para iniciar el tratamiento.

Entonces, se pierde un tiempo realmente valioso por temas burocráticos, a veces, que tienen que ver con los tiempos de confirmación que sí se pueden y que esa es voluntad política para realmente acortar esto, porque eso no es un tema de acá, realmente se puede reducir y ojalá,



rápidamente, en dos o tres días, uno podría tener a lo mejor la confirmación y poder vincularlo e iniciar el tratamiento.

En nuestro país, nosotros conocemos la realidad. Nuestro país es muy largo y tiene epidemiología muy distinta. El comportamiento que ocurre, por ejemplo, en la zona macronorte: Arica, Parinacota, Iquique, no tiene nada que ver con lo que ocurre, por ejemplo, en Santiago, o lo que ocurre en el sur. El tema de los migrantes, los pueblos originarios, por ejemplo. Eso significa que hay que hacer enfoques probablemente distintos para llegar a las poblaciones blanco, e incrementar ese diagnóstico, y poder reducir mayormente esa brecha que hoy tenemos.

Sobre las enfermedades de transmisión sexual que se tocaron en varios puntos, quiero decir que la falta del uso del preservativo es justamente el reflejo de que se hayan incrementado y disparado las cifras de enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis y la gonorrea. Y dicho sea de paso, hay ciertas cosas que facilitan la transmisión del VIH, como lo que les decía la primoinfección, el síndrome retroviral agudo. ¿Por qué? Porque ese es el momento de mayor carga viral, cargas millonarias de dos, tres millones, y hay una relación directa: entre mayor carga viral, mayor probabilidad de transmisión. Eso, por un lado.

Pero también las enfermedades de transmisión sexual. Una persona que tiene una enfermedad de transmisión sexual tiene alteradas biológicamente las mucosas y eso facilita en dos a cinco o más veces la probabilidad de transmisión. Y, efectivamente, se les baja un poco el perfil, porque estas enfermedades se tratan con antibióticos y rápidamente se pasan, pero es un reflejo de que esto también hay que enfocarlo de manera paralela, pero viendo el incremento explosivo de las enfermedades de transmisión sexual en nuestro país.

Por otra parte, de 1.850.000 test rápidos de los cuales se han hecho 62.000, bueno, si se revisa el contexto general del plan, en realidad ahí está contenido lo que se debe hacer; sin embargo, el problema es que muchas cosas están en el papel y no se han llevado a la práctica. Ha habido una lenta instalación de ciertas medidas urgentes, como esta, y más aún cuando nos encontramos con una prevalencia de 0.95 -todos ustedes repararon en eso-,



lo que me preocupa, porque no sabemos dónde y a qué universo se realizó este examen, para comprender esa cifra tan alta.

En muchas otras instituciones, aparte de lo que hicimos en la Universidad de Chile, que fue 1.3; en la Universidad de Santiago fue de 1.1 y en otras universidades fue de 1.2, y ahora al gobierno le sale 0.95. O sea, lejos de todo lo que se había estimado, que era 0.5, 0.6 y cada 0.1 es muchísimo porque estamos hablando de la población general.

Este tema no es menor porque va a ver si la brecha realmente es mucho mayor de la que estamos esperando, o sea, cuál es realmente la cifra estimada, más cercana a la realidad, porque esa gente está viviendo con el virus, con la infección, no se está tratando, y está infectando a otras personas.

En cuanto al autotest estamos en déficit. También está contemplado en el objetivo en que se señala “aumento de la cobertura del examen VIH, incorporando test rápidos, autotesteo en los niveles de atención y comunitario”. Por eso hay que avanzar en esa línea.

En muchos países del mundo, que tienen controlada la situación del VIH, van a la farmacia y compran. Ahora lo importante es que esto tiene que estar de manera estructurada porque no puede ocurrir que una persona se pierda en el camino. Lo importante es cómo vinculamos a la persona que se diagnosticó o se autodiagnosticó para que rápidamente se ponga en tratamiento y no se nos pierda por ahí. Hay que avanzar en el sentido de llegar a eso. No basta con aumentar la oferta del test de diagnóstico en los sistemas de salud, tanto en los hospitales como en los policlínicos, sino que hay que sacar el test rápido fuera del sistema de salud, llevarlo donde están los jóvenes, a las universidades, a las discotecas, a los bares, etcétera. Sé que no vamos a descubrir la pólvora porque hay países que ya tienen controlada la situación. El primer país que llegó al 90-90-90, en 2015, fue Suecia y después vinieron varios países de Europa occidental. Por eso hay que mirar qué han hecho ellos para poder replicarlo en nuestro país.

En ese sentido, una de las formas de controlar esta enfermedad es acercarnos a las poblaciones de mayor riesgo y llevarles el examen. Hay que buscarlos porque ellos ya no llegaron donde tenían que llegar.

Como he señalado, el mayor problema lo tenemos en el primer 90, pero en el segundo y tercer 90, o sea, cuando se vincula al tratamiento,



hay alrededor de 47.000 personas -entre el sistema público y el privado- que viven con el virus y que están diagnosticados. De ellos, más del 90 por ciento está en tratamiento. O sea, en esa parte no estamos mal, sino estamos bien. Eso lleva muchos años y ustedes saben que el acceso ha expandido la terapia desde el 2001 y de ahí se ha ido expandiendo. Diría que esa parte está bien y que el problema se suscita antes.

Ahora, alguien habló de los medicamentos de marca versus los genéricos. Ese tema es interesante. La triterapia contempla varios medicamentos de varias compañías, de varias familias de fármacos porque dentro del ciclo de multiplicación del virus son varios puntos donde pueden actuar los medicamentos. Por ejemplo, los inhibidores de la transcriptasa reversa, los inhibidores de la integrasa y los inhibidores de la proteasa son familia. Dentro de cada uno de ellos hay varios medicamentos. Disponemos de un abanico de más de 20 fármacos en total. Lo importante es que hay algunos que tienen patente y otros, no. En los que se perdió la patente, efectivamente hay medicamentos genéricos que tienen que cumplir ciertas medidas, fundamentalmente de bioequivalencia, y entiendo que el ministerio está accediendo y comprando los medicamentos, tanto los de marca, que tienen patente, como los medicamentos genéricos. Desconozco el detalle preciso, porque yo no estoy ahí, pero entiendo que se está accediendo a ambos fármacos. Habría que preguntar el detalle de eso a quien corresponda, pero se están distribuyendo también medicamentos genéricos de tratamiento.

Respecto de la PrEP, la profilaxis preexposición, es importante decir que hay que avanzar en ese tema. En este aspecto, los tratamientos pilotos que se han anunciado todavía no están funcionando. Entiendo que están los planes de la compra de medicamentos y que hay un plan de acción, pero la ejecución no se ha realizado todavía. Es muy útil, pero no como estrategia única, pues son estrategias combinadas; por eso el uso del preservativo es fundamental.

Así como las campañas del pasado estuvieron centradas única y exclusivamente en el uso del condón, no sirvieron. Hoy sabemos que va más allá del uso del condón. Tiene que ir acompañado con la prevención, con la educación sexual, el uso del preservativo, tanto masculino como femenino, y el uso del PrEP.



En la educación sexual deben trabajar en conjunto los ministerios de Salud y de Educación, pero no sé cuánto habrán avanzado.

Me invitaron a una sesión en este mismo edificio, pero en otro lado. Si no me equivoco estaban revisando la ley N° 20.418, que es la que tiene que ver en uno de sus aspectos con la educación sexual. Este es un aspecto fundamental. Si bien los cambios que se van a producir no los vamos a visualizar en uno, dos o tres años más, porque para que se produzcan cambios van a pasar décadas, pero es absolutamente necesario trabajar en una educación sexual estructurada en nuestro país. Hoy está al libre albedrío de cada establecimiento y no se puede centrar solo en la familia, los padres de hoy recibieron la misma educación y son jóvenes de 20, 30 años, por lo que tampoco se puede concentrar toda la responsabilidad en ellos.

¿Cómo deben ser las campañas eficaces? Primero, campañas permanentes y no una cosa aislada en el tiempo y que después se olvida y nadie se acuerda, es decir, tiene que haber una cosa estructurada.

En este tema, estuvimos avanzando, nos juntamos con la presidenta del Colegio Médico señora Izkia Siches, quien me invitó a una reunión. Ellos están muy preocupados porque este tema no ha avanzado o lo ha hecho en la línea equivocada, por lo que es importante rápidamente colocar aspectos que tienen que ver con cómo hacemos que los jóvenes, que hoy tienen avidez de aprender y de saber la forma de transmisión, tengan la forma de llegar.

Entonces, hay que combinar cómo se entrega la información. Probablemente un solo mensaje muy claro, muy directo, más que muchos mensajes difusos que al final no queda nada. En cápsulas, probablemente programadas a través del tiempo, y construir de manera participativa con gente que tiene distintas visiones campañas perdurables en el tiempo, pero que tengan impacto y que sean medibles, porque lo que no se ha hecho es medir si un instrumento se aplica, cómo lo medimos y después si tuvo o no impacto.

El señor **TORRES** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el señor Juan Enrique Pi.

El señor **PI**.- Señor Presidente, respecto de la pregunta de la diputada Hernando de qué estamos complicados con los test rápidos. A mí me da la impresión de que el test rápido es una nueva herramienta que apareció



hace poco y que estamos como –voy a usar una palabra coloquial- tirándolo a la chuña, así como donde caigamos. Creo que si los test rápidos no van acompañados de un plan -lo decía el doctor Afani-, de una estrategia a los grupos objetivos, con un enfoque territorial, con un enfoque de derechos humanos, que quizá no tiene tanta relación con llegar a la persona específica, pero a esa persona se le presta la contención y se le dirige hacia el tratamiento, siempre vamos a estar medios cojos.

Claro, queremos implementar 1.850.000 exámenes de test rápido en 2 años. Entonces, enfoquémoslo; veamos hacia dónde debe ir ese millón 850 mil.

La pregunta del diputado Rosas sobre la ley de VIH la voy a responder pronto, porque la quiero vincular con algo que me preguntó el diputado Bellolio.

Respecto a lo que dijo el diputado Bellolio, sobre la dicotomía, estoy totalmente de acuerdo, y le agradezco la alerta, porque uno quiere construir mayorías y convocar a más gente a terminar con esa dicotomía que es absolutamente falsa. Así que le agradezco por si hubo un problema en el uso del lenguaje.

Si bien me pude haber equivocado en la forma de expresarlo, quiero explicar que cuando digo que no se puede dejar exclusivamente a los padres es porque las personas que dicen a mis hijos los educo yo, tratan de anular la presencia del Estado. Tratan de decir que aquí el Estado no tiene nada que hacer, que si se mete vulnera su derecho a la educación preferente, lo cual es una cuestión imposible y contradictoria.

Creo que no hay dicotomía y que el rol que cumplen ambos es distinto.

Por lo tanto, la respuesta que debería surgir de esta comisión es cuál va a ser el rol del Estado respecto de la educación sexual de los niños, niñas y adolescentes, o por lo menos una propuesta mínima, diferenciada de la de los padres, porque la de los padres existe y es absolutamente inalienable.

Respecto de la pregunta de qué hacer para que las campañas dejen de ser inefectivas –y esto lo quiero vincular con la pregunta del diputado Rosas- lo primero, y que también va en relación con cuál es el rol que le cabe al Estado, es la pregunta de la ley de VIH.



La ley de VIH tiene un mandato hoy al Estado: Informar.

¿Es suficiente ese mandato en la situación que vivimos en la actualidad? Evidentemente que no.

Entonces, ¿cuál es el mandato que este poder del Estado debe otorgar al Estado de Chile respecto al VIH? Esa es la pregunta que se debe responder esta comisión investigadora.

En cuanto a qué hace que las campañas sean inefectivas, precisamente es la información.

Hoy las campañas son spot publicitarios, y si pensamos que vamos a combatir, terminar o revertir las cifras de nuevos casos de VIH en Chile a través de spot publicitarios entonces estamos bastante perdidos en lo que hay que hacer y lo que no hoy que hacer.

En ese sentido, las campañas no pueden basarse simplemente en hacer un lindo video que se pase por las redes sociales, por la tele o por la radio, sino que debe ir acompañado de la aplicación de test rápidos, de entrega de condones, de educación sexual, de apuntar a esos grupos y llegar a ellos, y como dice el doctor Afani -estoy totalmente de acuerdo-, no simplemente durante un tiempo, sino que ojalá durante todo un año, que las campañas sean permanentes hasta que veamos un cambio en las cifras que tenemos.

Respecto de la pregunta del diputado Bellolio de si es cierta la hipótesis de que las enfermedades son menos riesgosas, yo creo que no. Soy un hombre homosexual y tengo montones de amigos homosexuales, todos tienen más o menos mi edad, 35 años, y en general nadie se quiere enfermar. Esa es la verdad. Nadie quiere vivir con VIH.

Sin embargo, le tienen miedo al examen y muchas veces desconocen las formas a través de las cuales se transmite el virus, y estamos hablando de personas bastante adultas.

Por lo tanto, no puedo afirmar a priori que eso no existe, que no hay una baja en el miedo a vivir con VIH o a adquirir la enfermedad, pero sí le puedo decir que en general la gente no sabe la forma en que se transmite el VIH, aunque tienen alguna noción; pero están bastante desinformados. Son personas que viven una vida adulta y que tienen relaciones sexuales constantemente.



Al respecto, hay una cuestión que se me había olvidado decir, que lo digo siempre que hablo sobre VIH. Cuando hablamos de campañas y de públicos a los cuales queremos apuntar, tenemos que entender que es a la población sexualmente activa del país. Esa es una cuestión obvia, pero que se ha dicho poco.

Hace algún tiempo vimos spot publicitarios que decían que la abstinencia era la mejor forma de evitar nuevos casos de VIH, cuestión bastante obvia, pero evidentemente no es a la población a la que tenemos que apuntar.

Tenemos que apuntar a la población sexualmente activa, y para eso tenemos que hablar de sexo, tenemos que hablar de relaciones sexuales, tenemos que hablar de condón, y mientras no pongamos esas palabras sobre la mesa vamos a estar un poco lejos del objetivo.

El señor **TORRES**.- (Presidente accidental).- Muchas gracias.

Agradecemos la presencia de ambos invitados.

Quiero comentarles, a propósito de temas planteados en la comisión, que el ministro de Salud señaló que en base a información científica que maneja el uso correcto del preservativo es la forma más eficiente de prevenir el contagio por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Además, dijo que desde el gobierno existía una conversación con el Ministerio de Educación respecto de tener vinculación en el ámbito de la educación sexual en Chile.

Por lo tanto, sería muy interesante escuchar a la ministra de Educación para saber si hay alguna idea por parte del gobierno para impartir educación sexual en el país y cuál sería el objetivo.

Por eso, sugiero que para la próxima sesión invitemos a la ministra de Educación, señora Marcela Cubillos.

Si la señora ministra no pudiera asistir, sugiero que invitemos al Colegio Médico y a la Sociedad de Infectología.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

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