



LEGISLATURA 367^a

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

Sesión 7a, celebrada el lunes 6 de mayo de 2019

De 11:05 a 13:08 horas.

SUMA

- Exposición del Colegio de Matronas de Chile.
- Exposición de AHF Chile.
- Exposición del Comité de Evaluación de la ley.

APERTURA DE LA SESIÓN

Se inició la sesión a las 11:05 horas.

PRESIDENCIA

Presidió la diputada **Claudia Mix Jiménez**.

ASISTENCIA

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

Como invitados, concurren: la presidenta del Colegio de Matronas de Chile, señora Anita Román Mora.

El representante de Aids Healthcare Foundation-AHF Chile, señor Leonardo Arenas Obando.

Por el Comité de Evaluación de la ley, las señoras Paulina Maturana Arancibia y Milenka Kejevic Romero.

Por el ministerio de Salud, los asesores legislativos Enrique Accorsi Opazo y Jorge Acosta Acosta.

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



CUENTA

1. Solicitud de audiencia del profesor de la Clínica de Interés Público de la Universidad de Chile, señor Marcelo Oyharzabal, a fin de ser considerado para exponer la visión jurídica respecto a la protección del derecho a la salud de personas viviendo con VIH.

2. Solicitud de audiencia del cientista político con especialización en Relaciones Internacionales de la Universidad Alberto Hurtado, señor Alberto Farías, a fin de exponer como fundador de la plataforma 'PrePárate', que proporciona y educa sobre la profilaxis pre-exposición, la pastilla que mantiene VIH negativo.

3. Comunicación del Jefe de Asesoría Técnica Parlamentaria de la Biblioteca del Congreso Nacional, mediante la cual remite informe 'Gasto en campañas de prevención del VIH/Sida en Chile para el período 2010-2019'.

ACUERDOS

1. Oficiar al Director de Fonasa. Teniendo presente la materia objeto de investigación, acordó solicitar un informe detallado acerca del proceso establecido por el Fondo Nacional de Salud, para que migrantes que llegan a Chile con visa de turista, u otra calidad migratoria, puedan acceder al diagnóstico y tratamiento relacionado con VIH/Sida.

Asimismo, informe sobre el detalle de requisitos y etapas contempladas para que las personas en calidad de inmigrante en Chile sean ingresadas a los programas contemplados para la detección, control y tratamiento de virus de VIH/Sida.

Finalmente, informe los criterios de distribución del financiamiento en la materia. En particular, si los mismos se definen según programa, densidad territorial, u otros factores.

2. Que lo obrado en la reunión de comité de la Comisión el pasado 22 de abril de 2019, se tenga como parte integrante de la presente sesión.

ORDEN DEL DIA

Expusieron la presidenta del Colegio de Matronas de Chile, señora Anita Román Mora, el representante de Aids Healthcare Foundation-AHF Chile, señor Leonardo Arenas Obando, y por el Comité de Evaluación de la ley, las señoras Paulina Maturana Arancibia y Milenka Kejevic Romero.

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 **13:08** horas.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS

Abogado Secretaria de la Comisión



VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En el nombre de todos los dioses 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.*

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

Propongo a la comisión que lo obrado en la sesión del lunes 22 de abril se entienda válidamente incorporado en la de hoy.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

A la presente sesión se ha invitado a la presidenta del Colegio de Matronas de Chile, señora Anita Román; al representante de AHF Chile, Aids Healthcare Foundation, señor Leonardo Arenas; en representación del Presidente del Comité de Evaluación de la Ley, diputado señor Pablo Lorenzini, expondrán las señoras Paulina Maturana y Milenka Kegevic sobre la materia objeto de la investigación de esta comisión.

En primer lugar, tiene la palabra la presidenta del Colegio de Matronas de Chile, señora Anita Román.

La señora **ROMÁN** (doña Anita).- Señorita Presidenta, junto con saludar a los miembros de la comisión, agradezco la invitación.

La presentación contiene antecedentes relevantes que muchos de ustedes conocen, por lo que seré breve.

Tenemos claro que se trata de una epidemia en Chile y cómo hemos ido aumentando la pesquisa de casos a través del tiempo, lo que se encuentra graficado en el mapa que se observa en la presentación. Muchas de estas diapositivas fueron presentadas a ustedes por el Ministerio de Salud.

Si se analizan las diapositivas podemos observar que hemos tenido un aumento sostenido en el tiempo, más de 50 por ciento los últimos 5 o 6 años. Es relevante señalar que el 86 por ciento de pesquisas se da en los hombres.

¿Qué es lo más relevante que hemos encontrado como Colegio de Matronas de Chile? Que el grupo etario más contaminado fluctúa entre los 20 y 29 años, lo cual da cuenta que no existen políticas de prevención. ¿Cuáles son estas políticas de prevención que nos preocupan enormemente?



Como pueden ver en el gráfico, nos preocupa muchísimo cuando se habla de que el aumento viene por el lado de los migrantes, puesto que la gráfica del Instituto de Salud Pública lo desmiente.

En 2017, el ISP contabilizaba en Chile 4.303 personas contaminadas y, en 2018, 4.339 personas contaminadas; extranjeros, 1.474, en 2017, y 2.580, en 2018.

¿Dónde se contaminaron? La gran mayoría de los migrantes se contaminó en Chile, datos proporcionados por la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud. Al ver el país de origen de la enfermedad, no superan las 690 personas, y en Chile triplicamos esa cifra entre 2017 y 2018.

¿Qué es lo relevante en esta línea? ¿Dónde está el porcentaje de mayor infección? Precisamente, en el sector privado. Podemos dar muchos lineamientos y opiniones frente a esta diapositiva que viene del propio Instituto de Salud Pública, pero lo que nos convoca es que la política que está haciendo el sector privado es la que no está haciendo el sector público.

Disculpe que sea autorreferente, pero este fin de semana un matrimonio amigo se fue a realizar exámenes de rutina -su mujer a la Universidad Católica- y a ambos les ofrecieron el de VIH. Eso no ocurre en el sector público, lo que da cuenta –en la columna rosada de la lámina- que en los últimos años ha aumentado la detección precisamente en el sector privado. Obviamente, eso tiene un costo, porque el sector privado cobró por el examen.

Otra materia relevante que nos preocupa es que no estamos solo frente a VIH, sino que frente a un momento sostenido de otro tipo de infecciones de transmisión sexual, como la gonorrea y la sífilis.

Haré entrega de esta presentación a la comisión, a pesar de que sé que muchos de ustedes manejan esta información.

Cabe señalar que más allá de lo que no ha hecho el Ministerio de Salud es lo que no hemos hecho todos, y cuando digo “todos”, me refiero a qué pasa con el Ministerio de Educación en Chile. En la última sesión hubo un representante del ministerio y lamento que no pude exponer ese día, pero en esta presentación hay datos relevantes para esta investigación.

En primer lugar, una de las cosas más relevantes es el cambio de conducta de la actividad sexual, en nuestros jóvenes. En ese espacio, nos hemos



basado en la encuesta del Instituto Nacional de la Juventud, más allá de lo que las matronas puedan decir por correo electrónico al Colegio de Matronas y que se ratifica en el Instituto Nacional de la Juventud.

Una de los cambios de conducta importante es la forma de hacer sexo, cómo ha aumentado el sexo oral por el sexo anal. Eso también es parte de la contaminación. Esto es sumamente relevante para nosotros, porque es una encuesta que se hace en dos universidades –se ha hecho en más, pero traje las dos más relevantes-: la de Concepción y de la Chile, universidades que históricamente integran el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (Cruch). El 66 por ciento, en el caso de la Universidad de Concepción, y el 58 por ciento, en el caso de la Universidad de Chile, tuvieron su última relación -tres días antes del día que se hizo la encuesta- bajo los efectos del alcohol y las drogas. Y eso que estamos hablando de la población más educada de nuestro país, es decir, de jóvenes universitarios.

Otro aspecto que cabe destacar es que casi el 40 por ciento de los niños encuestados, tuvieron su última relación con una pareja casual, es decir, con una persona que conocieron en ese instante.

Como pueden ver en la lámina, en 2015 hay una baja sostenida del uso de preservativos en nuestros jóvenes, información que corresponde a una encuesta realizada en la Octava Región, en un contexto de prevención del embarazo, pero tiene que ver en cómo se modifica hoy la conducta y la actividad sexual.

En este gráfico podemos ver al condón como preservativo y la píldora anticonceptiva; sin embargo, al año 2015, todos los métodos de prevención han disminuido. Insisto, todos.

Respecto de la forma en cómo los jóvenes se informan y se inician en las actividades sexuales es relevante la conexión a las redes sociales, así como también las redes sociales son relevantes en las nuevas conductas de actividad sexual. Todas son encuestas realizadas por el Injuv.

Ante la pregunta: ¿Te has realizado el test del VIH? En la lámina vemos el porcentaje de la Región Metropolitana y del resto de las regiones del país. Hay que saludar a casi todas las universidades que están realizando el tamizaje en sus jóvenes, como iniciativa de las escuelas de Obstetricia. En el



fondo, es una forma de ver cómo la conducta sexual hoy en día está lejos de prevenir cualquier tipo de contaminación por infección.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Se pregunta por qué se hizo el test de VIH; ¿por control de embarazo? ¿Cuál es el enfoque de las preguntas?

La señora **ROMÁN** (doña Anita).- Señorita Presidenta, si se me pregunta como matrona es obvio que por control de embarazo, porque es parte de los requisitos que debe tener toda gestante que se controla, y se hacen por lo menos dos test previos al parto. Entonces, es evidente que la gran mayoría se lo hace en el control de embarazo.

Respecto de las causas del aumento del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual es relevante enfatizar que es el comportamiento de la conducta sexual de la población joven.

Asimismo, para nosotros es relevante destacar la violencia en el pololeo, porque en la violencia del pololeo habitualmente hay violación, la cual es sin prevención de algún tipo de contaminación.

Dejaré las siguientes láminas, sin embargo, hay mucha información de esto en Chile. Las siguientes fueron elegidas relevantemente porque demuestran cómo aumenta todo para que Chile se siga contaminando; ejemplo de ello es la violencia, la falta de educación, la falta de consejería y el cambio de conductas sexuales.

¿Qué hemos hecho como país? Obviamente, desde 2001, que tenemos acuerdos internacionales suscritos, y como colegio podemos decir que siempre en nuestras reuniones hemos lamentado que hoy no exista el Conasida. Es más, hoy necesitamos tener una comisión interministerial que dé cuenta de este problema porque no basta con que solo se encargue el Ministerio de Salud.

Respecto de cuáles son las metas que tiene el Ministerio de Salud, nosotros somos parte importante en ellas; ejemplo de ello es generar una disminución al 2020 y por lo menos haber pesquisado el 90 por ciento de la población contaminada, y que el 90 por ciento de ese 90 por ciento esté bajo terapia, y que las mismas ojalá lleguen a cifras indetectables del virus en un 90 por ciento.



En estas metas que se firmaron al 2017, no hemos cumplido prácticamente ninguna, y que es lo que se releva en la gráfica.

La siguiente lámina corresponde a la eliminación de transmisión vertical de VIH. Al respecto, nos parece importante contarles que hicimos un trabajo titánico, a fines del gobierno pasado, porque Chile postuló a ser el segundo país en el mundo que erradicara la transmisión vertical. Ahora, para quienes no son médicos ni matronas, la transmisión vertical es aquella que se transmite por la lactancia.

En ese espacio no pudimos acreditar ser el segundo país, según lo que se nos informó por parte del Ministerio de Salud, porque teníamos cumplidos los objetivos de impacto, pero no los de proceso; situación que es importante ver porque en el recorrido que hemos hecho en el país un problema enorme fue que el dinero para efectivamente lograr demostrar lo que hacemos en Chile, no existe. A última hora se puso dinero para lograr esto. Es más, las matronas trabajaron muchísimo, incluidos sábados y domingos hasta altas horas de la noche, en una plataforma que al final nadie entendió.

En la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, como país llevábamos prácticamente tres décadas trabajando en la prevención y en el logro de objetivos, tales como reducir la carga sanitaria de enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico, que evite el VIH, lo que se traduce en el testeo que hoy estamos haciendo en todo el país a través de un plan del programa de VIH.

Como Colegio, al igual que el Colegio de Tecnólogos Médicos y el Colegio de Enfermeras, hemos hecho un compromiso de un plan, durante este año, para pesquisar la población contaminada con VIH.

En la lámina se aprecia una muestra fotográfica, realizada de Arica a Puerto Williams, que corresponde a grandes campañas de testeo, pero esta es solo un tamizaje para ver la población contaminada; aquí, no estamos hablando de prevención, sino detectando la población contaminada que debe ser derivada a una muestra sanguínea que determine si efectivamente tiene el VIH. Quiero decir que el tamizaje solo es un test reactivo, no más que eso.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Las fotos son actuales?

La señora **ROMÁN** (doña Anita).- Señorita Presidenta, son todas actuales, y corresponden a prácticamente los dos últimos meses.



Al respecto, aprovecho de contarles que en una gran estrategia este 23 de mayo, a las 15.00 horas, todas las matronas del país saldremos a testear, de Arica a Puerto Williams, en los lugares de mayor vulnerabilidad; y en Santiago lo haremos en la Plaza de Armas entre 15.00 y 21.00 horas.

En el objetivo 3, se habla de reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable, es donde tenemos el gran problema.

Al respecto quiero plantear que todas estas líneas de prevención van destinadas, no solo a la juventud, a la edad adulta y al adulto mayor, sino también a la consejería que efectivamente ha aumentado en los dos últimos años debido a los problemas que estamos viviendo. Asimismo, saludamos que exista una consejería telefónica, sin embargo, ahí debe haber una mayor vigilancia o, a lo mejor, una mayor educación de la población, porque si ustedes observan la última columna, se darán cuenta que el mayor número de esas consejerías son pitanzas, lo que está dado por datos que entrega el propio Ministerio de Salud.

Respecto de cómo ha aumentado la consulta sobre salud sexual y reproductiva por nuestras profesionales, podemos decir que entre el 2014 y el 2018, habiendo bajado en algún minuto, hoy tenemos un relevante aumento. La siguiente lámina es relevante en cuanto a la importancia del sector público, porque 30.000 consultas se llevaron a afecto en los servicios de atención primaria por parte de matronas, y las otras consultas probablemente se dan en el sector privado por parte de los médicos. Sin embargo, es a nivel de atención primaria donde más se acude a consultar por temas de infecciones de transmisión sexual.

En la siguiente lámina pueden observar que en el área de atención pública habitualmente la mayor consulta está dada a nivel de consultorios en general, a través de centros comunitarios, así como en las postas rurales, donde es relevante el número de 520 consultas, más cuando hay lugares que tienen 8 postas.

Otro caso es el que ocurre en hospitales de baja complejidad, que hoy, de una u otra manera, ha sido cuestionada su existencia, pero en donde también ha habido consultas relevantes.



Todo lo anterior es debido a que somos las matronas las que efectivamente podemos hacer esta detección, porque así lo establece el Código Sanitario y, por lo tanto, todos los planes y programas, y orientaciones técnicas, han definido un profesional capacitado; y el profesional capacitado con competencia corresponde a las matronas que tienen más de 2.000 horas en formación de salud sexual y reproductiva.

Respecto de las prestaciones que se hacen a nivel de atención primaria, secundaria y terciaria, quiero adelantarme a los desafíos que efectivamente tenemos que tener como país, todos en su conjunto, y que obviamente el Colegio se pone a disposición de todos los que quieran hacer algo por evitar esta epidemia. En una declaración pública dimos a conocer los diez compromisos más importantes.

Conclusiones. Lo primero que hemos detectado es que ni siquiera se cumple en el país el artículo 1 de la ley sobre Sida. Se señala que “la prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional.

Corresponde al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población.”.

Señorita Presidenta, podemos leer toda la ley, pero en este artículo 1, el más importante, se establecen obligaciones que no se cumplen.

Ahora, es muy relevante lo que hay hecho la Municipalidad de Puente Alto. El viernes pasado publicó un aviso donde se buscan matronas, a tiempo completo, para hacer las jornadas en los diferentes colegios.

¿Por qué me llamó la atención y traje el anuncio? Porque la semana pasada estuvo acá el Ministerio de Educación. Por ley del *lobby* solicitamos audiencia con la ministra Cubillos. Fuimos recibidos el 7 de enero por el señor José Palma, que ya no está en el Ministerio de Educación, y es reemplazado por el señor Larraín, que estuvo en la comisión.



El señor Palma nos habló de lo mismo que dijo en la comisión el Señor Larraín, que había un plan piloto para dar cuenta, en las diferentes unidades escolares, de las estrategias de educación sexual. La Universidad de La Frontera iba a estar a cargo de ese plan piloto.

Preguntamos a la directora de la escuela de la Universidad de La Frontera sobre el tema y no tenía idea. Preguntamos al Ministerio de Educación y reconoció que había una estrategia para trabajar en conjunto, pero fracasó el día que partió. Se hizo en la comuna de Estación Central con un sistema de educación entre pares. En esa oportunidad le dije al señor Palma que nos parecía fantástico porque eran jóvenes educando y orientando a jóvenes, pero fracasó cuando sacaron la famosa cajita que lleva el equipo... No la que trajo a la comisión el señor Larraín, que era un paquete con libritos educativos.

No estamos planteando que la matrona debe reemplazar a la profesora, sino que cuando hablemos de educación sexual lo hagamos en serio. Hablé muy rápido, pero la información está en las diapositivas.

El Injuv tiene como promedio de inicio en la actividad sexual los 16 y 17 años, pero como matrona debo decir que el promedio es a los 14 años. De no ser así no habríamos relevado un programa para la disminución de embarazos en niñas menores de 14 años.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, el inicio promedio de la actividad sexual está entre 13 y 14 años.

Por lo tanto, el foco no lo podemos poner solo en la universidad o en la educación media. Tenemos que partir con un cambio de paradigma para las conductas sexuales y hacerlo desde el nivel básico.

Insisto, nos parece relevante lo que va a hacer la Municipalidad de Puente Alto. Las matronas no queremos reemplazar a los profesores. Tenemos que trabajar en conjunto con ellos, y lo hemos hecho en muchas partes. Cuando la profesora detecta que una alumna menor tiene actividad sexual la invita a una sala privada con la matrona y se hace la encuesta que se necesita para ver en qué condiciones tiene actividad sexual, cómo puede prevenir enfermedades de transmisión sexual y evitar embarazos.

Salvo los médicos, en este país solo las matronas pueden entregar métodos anticonceptivos. Entonces, es irrelevante poner a otro profesional a



hacer consejería cuando tenemos que prevenir no solo desde la consejería hablada, sino también desde la consejería activa.

No puede ser lo que ocurrió en Estación Central con la cajita -no es la que trajo el señor Larraín-, donde había un dildo para enseñar a los alumnos a usar el condón. La profesora se escandalizó, porque era obvio que se iba a escandalizar, y buscó al director del establecimiento y hasta ahí llegó el programa.

Cuando hemos hablado con los diferentes directores –lo dijo en la comisión el señor Larraín-... El Ministerio de Educación tiene cuatro programas de educación sexual. El más relevante, y que han adoptado todos los colegios, es el programa Teen Star, que viene de la Universidad Católica, pero no tiene acciones de cambio de conducta.

Acá tenemos dos temas. ¿Por quién empezamos? ¿Por los padres? ¿Empezamos a dar consejería a los niños que tienen actividad sexual, independiente del programa de educación sexual que quiera asumir el profesorado?

En ese contexto, celebramos y relevamos que la Municipalidad de Puente Alto, que se ha destacado por oponerse a muchas prácticas, hoy dé importancia a la educación sexual seria en los colegios.

Finalmente, anuncio que queremos sumarnos a la actividad del 19 mayo, en memoria de las víctimas del Sida, para que todos rindamos un minuto de silencio por los muertos a causa de este virus. Ojalá nadie en el mundo, y menos en Chile, muera por lo mismo.

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

Tiene la palabra el representante de AHF Chile, señor Leonardo Arenas.

El señor **ARENAS**.- Señora Presidenta, por su intermedio, saludo a los integrantes de la comisión.

Mi nombre es Leonardo Arenas y soy el coordinador nacional de AHF Chile, Aids Healthcare Foundation, la organización más grande del mundo en temas de VIH. Aunque suene como falta de humildad, pero es así. Tenemos un millón doscientas mil personas en tratamiento y atención en el mundo. Estamos en 44 países a nivel mundial; en 14 países de la región de América Latina y el Caribe.



En los últimos años se ha incorporado Chile. Colombia es el último, donde tenemos una clínica en Cúcuta para dar apoyo a las personas que migran de Venezuela, en convenio con el gobierno de Colombia, y apoyo de tratamiento de Brasil, fundamentalmente. Se ha premiado un artículo sobre la respuesta de AHF Chile a venezolanos. En la sesión vamos a ver las cifras.

En los antecedentes para la solicitud de esta comisión investigadora se menciona la crisis entre los años 2010 y 2017. Muchas intervenciones se han referido a lo que hay que hacer y voy a dar mi opinión respecto de lo que han dicho compañeras y compañeros de la sociedad civil, para tener más información de este tema.

Hay que recordar que el responsable de este tema es el Ministerio de Salud. El programa se encuentra en el cuarto nivel de la División de Prevención y Control de Enfermedades (Diprece).

En general, como sociedad civil, siempre demandamos al programa nacional de VIH, cuando la responsabilidad recae en la Diprece, que depende de la Subsecretaría de Salud Pública y esta, a su vez, del Ministerio de Salud.

Es muy fácil tratar con la persona que está a cargo del programa, porque se ubica en la cuarta línea en la toma de decisiones. Sin embargo, en el aumento del VIH esta no ha tenido mucha responsabilidad, dado que la Diprece y la Subsecretaría de Salud Pública toman decisiones basadas en cómo viene la mano política. Por ejemplo, algo que aquí se ha discutido bastante tiene que ver con las campañas de comunicación social, donde ninguno ha tenido mayor responsabilidad más que la Secom. Es decir, las campañas de comunicación social relacionadas con la decisión de incorporar temas sobre el condón, dependiendo del *animus* de la sociedad, se definen en La Moneda, no en los ministerios. Con eso no quiero salvar a los jefes de los programas, pero hay una responsabilidad que no siempre aparece, que es la de la Diprece.

¿Qué no se ha hecho? Seguir las recomendaciones de los organismos internacionales abocados a esta materia y cumplir los acuerdos y compromisos, algunos de los cuales mencionó la señora Anita Román.

¿Cuáles han sido esos compromisos desde 2010 al 2018? Desde 2012 al 2017 la consejería y prueba voluntaria que realizamos en Bogotá.



Ese mismo año, en Buenos Aires, tuvimos una reunión de consenso, que no fue tan de consenso -porque la sociedad civil firmó un documento sin consensuar-, respecto de la expansión y sostenibilidad, que se llamó “Tratamiento 2.0”, donde estuvo la jefa de programa, Ana María San Martín, quien renunció hace poco. Hay una declaración nuestra a la sociedad civil, sobre los puntos de este documento que nos complicaban.

Después vino el llamado de acción en México, donde estuvo presente la respectiva jefa de programa de 2014.

Luego, hubo un segundo foro, en Río de Janeiro, sobre el continuo de la prevención y la atención, y las metas 90-90-90.

Enseguida, vino a Chile la misión especial de ONUSIDA-OPS que junto con el Ministerio de Salud publicaron el documento Misión Conjunta Tratamiento 2.0 y Metas 90-90-90 para la expansión y la sostenibilidad de la atención integral al VIH. Ese documento debe marcar el inicio de acciones respecto del tema.

Por último, en Puerto Príncipe tuvimos un tercer foro relacionado con la sostenibilidad y sustentabilidad de las respuestas, principalmente en el ámbito de recursos, al cual no asistió el jefe de programa, a pesar de que le compraron el pasaje y él mismo haber confirmado su asistencia. Me refiero a mi estimado amigo Edgardo Vera. En la reunión no había ningún chileno, aparte de quien habla.

Hay ideas que se plantearon en 2012, pero que recién estamos aplicando.

En las recomendaciones del Encuentro de Bogotá se sugiere incorporar el acceso a la prueba y al diagnóstico de VIH en el primer nivel de atención, optimizando el uso de las pruebas rápidas. Recién en 2018 se empezó a incorporar en nuestro país, aunque con graves falencias. El ministro, en la primera sesión de esta comisión investigadora, mostró cifras atractivas, pero en la comisión anterior se constató que las pruebas no habían llegado a los consultorios y que los horarios de atención eran mínimos, entre otras cosas.

Además, en 2012 se pidió revisar y actualizar los algoritmos diagnósticos de acuerdo a la evidencia disponible y en función al contenido a aplicar. Chile tiene el algoritmo más largo de toda América Latina: hay que hacer una prueba rápida, sacar una muestra sanguínea y mandarla al banco de sangre del hospital, cuando lo hacemos desde la sociedad civil. Luego, si se



determina que es reactivo, se toma una segunda muestra, una muestra de identidad, se envía al Instituto de Salud Pública (ISP), y este la devuelve a la organización, la cual notifica.

Si el rango de edad de la persona reactiva está entre 14 y 18 años, la notificación debe hacerla a los padres. Este cambio se debe a que debe operar el GES, pues generalmente aún son carga de los padres. Es una de las únicas modificaciones que se ha hecho en la ley de Sida.

Todas las recomendaciones y avances que venimos señalando desde la sociedad civil y AIDS Healthcare Foundation (AHF), desde 2018, es que ya están los compromisos internacionales. Pero aquí no se ha hecho, porque quienes debieron tomar la decisión, mostraron falta de voluntad para avanzar en esto y evitar convertir a Chile en el país con un algoritmo que ya nadie reconoce. La centralización que tiene el Instituto de Salud Pública (ISP) es perjudicial para que funcione el *Test and Treat*, es decir, que la personas diagnosticadas inicien rápidamente su tratamiento.

Si bien el documento es internacional y técnico, en 2015, cuando vino la misión, las recomendaciones fueron, específicamente, abordar barreras para el acceso y la oferta en el sistema público, algo que recién se está haciendo con la aplicación de las pruebas rápidas -nos hemos demorado veinte años en la aplicación de pruebas rápidas-; realizar una revisión de algoritmos y normativas de circuitos de atención y toma de muestras –cosa que tampoco se ha hecho, a pesar de haber sido concordado con gente del ministerio, que es la misma que está ahora, porque ese programa no ha cambiado- para actualizar los algoritmos en función de las recomendaciones de los organismos internacionales expertos en la materia: ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Yo creo que lo que no se entendió en el programa, y en la respuesta nacional, es que, desde 2010 en adelante, tuvimos un cambio de paradigma en el tema del VIH. No podemos contemplar para la prevención y el tratamiento las mismas acciones que teníamos hasta antes de 2010, porque ya tenemos evidencia de que el tratamiento impacta en la prevención, lo que se conoce como Tratamiento 2.0.

La BBC Mundo acaba de publicar el estudio *Partner*, que confirma que las personas con VIH indetectable -con carga viral suprimida, gracias a los



antirretrovirales- no transmiten el virus. Pero no es tan así, pues tienen un 96 por ciento de posibilidades. Sin embargo, es un gran avance en términos de evidencia, cuestión que se ha discutido permanentemente.

Se ha avanzado en la disminución de los precios de los medicamentos - los tratamientos eran bastante onerosos- gracias a la intermediación y entrada del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA/VIH; del Plan Presidencial de Emergencia para Alivio del SIDA (PEPFAR) del gobierno de Estados Unidos y de la Fundación Clinton en el ámbito de tratamientos para los países de África. Eso ha permitido dar curso al llamado acceso universal al tratamiento. En nuestras guías todavía se considera un recuento de CD4 de 350, para iniciar el tratamiento, a pesar de que el decreto modificatorio AUGÉ establece que debiera hacerse apenas la persona es diagnosticada. El inicio del tratamiento, independiente del conteo CD4, es necesario, y eso es acceso universal, por cuanto la persona diagnosticada con el virus que da inicio a su tratamiento tempranamente, tiene una mayor esperanza de vida.

Nuestra organización, AHF Chile, dio inicio a la campaña *Test and Treat* -testear y tratar en el menor tiempo posible-, de manera privada y en 40 días. El sistema público tarda 120 días. Ahora, con la aclaración a la normativa, los migrantes demorarán 200 días en iniciar el tratamiento.

Por otra parte, las metas 90-90-90 se estima cumplirlas al 2020, y las metas 95-95-95 al 2030.

Este cambio de paradigma complica a muchas de las organizaciones que están solicitando la prevención que se hacía antiguamente, pues ahora se elimina la preconsejería y se hace una postconsejería rápida para la persona reactiva. Para el que no es reactivo, hay que asegurar todas las medidas preventivas, pero los tiempos son necesarios.

La siguiente lámina ya la había mostrado la doctora Cortés, cuando estuvo con la presidenta del Colegio Médico. Aquí, lo interesante es determinar cómo van bajando los *gap* o las brechas respecto del primer 90.

Nosotros tenemos números -los ha presentado el ministerio de otra forma- en que en el último de los 90, el tercer 90, estamos muy bien, por cuanto el ochenta por ciento de las personas que están con tratamiento están carga viral suprimida. El problema de eso es que no da cuenta de la caída entre las personas que están diagnosticadas y que han salido de los sistemas de



control hospitalario, con lo cual tenemos una baja y hay que recuperarla: son diez mil.

Tenemos 41.000 personas viviendo con VIH, de las cuales 31.000 las tenemos en atención; es decir, nos faltan 10.000. Es casi el mismo el número que quieren poner en PrEP (profilaxis preexposición). En un momento me referiré a esto.

Ahora, cuál sería la brecha final respecto del último 90, si estamos cerca del 50 por ciento, con los que tenemos ahora, sin contar los estimados y los que tenemos que subir, consiguiendo que sean diagnosticados tempranamente.

Integré la parte final del documento, en la que se hace referencia sobre si hay entrega de antirretrovirales en lugares de la comunidad o comunitarios. Esta es una experiencia bastante interesante que estamos haciendo en Perú y México. La idea es que las personas que están con carga viral suprimida y que puedan tener un resultado de carga viral, ya sea a través de exámenes o de un *point of care*, puedan retirar los medicamentos en una organización comunitaria, que tuviera los permisos necesarios, con la posibilidad de hacerlo en horarios diferentes.

Nosotros, por ejemplo, tenemos permiso de resolución sanitaria en nuestra sede y trabajamos de 16.00 horas a 22.00 horas. Por tanto, si la persona no quiere pedir permiso en su trabajo o no quiere ir al hospital, puede pasar por nuestra sede y retirar esos medicamentos antirretrovirales, que los da el gobierno, pues existe una alianza con las organizaciones. Es decir, ampliar este espacio, toda vez que, entre consultas y farmacia, por el retiro de medicamentos, se llena el hospital y las personas, por este hecho, podrían no retirar sus medicamentos, lo cual sería más complejo para la adherencia que tiene el tratamiento.

Eso es importante, porque es una innovación respecto de lo que se está haciendo, pero creo que al sistema de salud y a los gremios les cuesta bastante avanzar en estas innovaciones. Nosotros somos legos en esto, no somos de salud; de hecho, soy trabajador social, con magister en educación y comunicación, pero de todas formas es una innovación importante que se está haciendo en otros países y que podríamos adoptar.



¿Qué debemos hacer? Respecto del primer pilar, tenemos que lograr disminuir los tiempos de diagnóstico y el inicio de los tratamientos antirretrovirales (TARV). Hay que modificar necesariamente el algoritmo de diagnóstico. Es imposible (no puede ser) que una muestra que viene de Arica deba ser procesada en el Instituto de Salud Pública (ISP). Lo que pasa es que con esto el ISP gana; es decir, de cierta manera se financia con este cobro que le hace al Estado. ¿Cómo no va a ser posible tener en la macrozona norte o en la macrozona sur otra institución de referencia? Es más, el ISP no validaba los test de cuarta generación, porque no tenía la forma de validarlo. A lo mejor, los podríamos haber validado en una institución privada, que tiene mucha mayor innovación, con toda la ganancia que tienen, también.

Respecto de la muestra. En otros países son dos pruebas rápidas, ojalá de diferente marca, para que tengan la diferencia de sensibilidad, y una carga viral. En la actualidad, el examen de carga viral se hace con un *point of care* en cincuenta y seis minutos. De hecho, el conteo de CD4 lo podemos obtener en veintiséis minutos a través de estos *point of care*, y la carga viral en cincuenta y seis minutos. Con esto la persona se va inmediatamente al médico, quien ve la carga viral y receta medicamentos, amén de que comienza a hacer la otra serie de exámenes. Eso se llama “Test&Treat”. Ahora, si la persona fuese no reactiva no le hará nada mal –aunque no hay evidencia de esto- el tratamiento antirretroviral, porque después van a llegar los otros exámenes.

Eso acá se demora. El ISP hoy se está demorando siete días, desde que llega la muestra. Entre paréntesis, el ISP está ubicado en avenida Marathon N° 1.100, frente al Estadio Nacional. El problema es que envía la información vía digital, la que no es aceptada en los hospitales si no hasta que llega el papelito vía correo certificado, el cual se demora otros dieete días. Entonces, hay que actualizar todos estos algoritmos, de manera que si llega la confirmación del ISP al hospital se debiera proceder inmediatamente y no tendríamos para qué estar perdiendo ese tiempo.

Respecto de la otra pregunta, pueda señalar que en el algoritmo funcionan dos pruebas rápidas de VIH de cuarta generación más un *point of care* de carga viral. En Perú -tenemos AHF Perú-, la notificación la hace el hospital,



no hay una institución como el ISP. Creo que en América Latina no hay otra institución como el ISP, sino que las notificaciones se hacen directamente en el hospital. Se envía a las personas al hospital Nacional Arzobispo Loayza, uno de los hospitales más grande y antiguo de Perú, se toman los exámenes y la persona queda notificada ahí y se atiende ahí. En Brasil la notificación la hacen los asistentes sociales. Hay varias formas de hacerlo, pero acá, nuestra centralización, esta forma robusta de hacer las cosas solo en Santiago y de preferir a la autoridad y al que estuvo en la universidad, nos lleva a que solo ellos sean los que notifiquen.

Otro ámbito de los “90-90-90” es ampliar el acceso de pruebas rápidas en puntos de servicio y disponer que las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en poblaciones clave puedan aplicar pruebas rápidas de VIH con personal capacitado. No es necesario haber pasado por la universidad para aplicar una prueba rápida, se requiere una capacitación simple, la misma capacitación que tiene el usuario cuando se hace una prueba de glicemia o de embarazo, test que se compran en la farmacia. Hemos sido nosotros los que hemos impulsado que se apliquen las pruebas rápidas, lo cual ha sido una gran pelea.

¿Cuál es la proyección? Tendremos una mayor incidencia; es decir, esto de los aumentos de las notificaciones no debiera asustarnos, porque lo que estamos haciendo es bajar la brecha de los que no saben que viven con VIH y, para ello, estamos haciendo más testeos y estamos llamando a la población a que sepa su situación serológica. Así vamos a tener menos casos; de lo contrario, si no se llega a una estabilización de la curva de crecimiento, los casos seguirán aumentando.

También esperamos que exista una mayor demanda de los servicios de atención. Es decir, si la política es disminuir la brecha de personas que no conocen su situación serológica, eso va a generar que haya más personas con conocimiento de su enfermedad, lo que generará un impacto en los sistemas de atención secundarios. Asimismo, existirá un mayor gasto en tratamientos antirretrovirales, en medicamentos de profilaxis y en exámenes. O sea, es un error pensar que vamos a salir bien en el primer pilar, porque esto nos va a impactar y va a ser peor que en el segundo y en el tercer 90.



Detrás de la idea de que si comenzábamos a testear más, íbamos a encontrar más personas enfermas e íbamos a necesitar más tratamiento, está la razón por la cual no se implementó el test rápido en Chile hace diez años o cinco años. La idea que tenía la jefa de programa era que si se detectaba a una persona con VIH era el Estado el que debía proporcionar y asegurar sus medicamentos, y hoy el VIH es el tratamiento en GES que gasta más, con un aproximado de 110.000 millones de pesos.

Por tanto, no sé cuál fue la conversación con Hacienda, quienes debieron haber estado presentes aquí y en el Tercer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre sostenibilidad de la respuesta al VIH, porque lo importante es saber cuánto vamos a invertir nosotros en estos años en tratamiento, para que después tengamos una caída. Aquí hay economía de la salud, y sería interesante saber cómo lo está proyectando Onusida y cuándo Chile tendrá una estabilización respecto de estos temas.

Pensar solo en testeo y no pensar en ampliar la atención, en contar con más médicos y visualizar el gasto en tratamiento va a generar un campo bastante complejo.

Con todo, hay algunos otros temas que me preocupan, como las modificaciones a la ley sobre el Sida; los test rápidos; la profilaxis preexposición (PrEP) y educación sexual.

Respecto de las modificaciones a ley de Sida, aquí ha habido compañeros de la sociedad civil que no tienen trabajo de campo y que han propuesto hacer cambios en la ley. Yo diría ¡cuidado!, primero, porque cuando se decidió modificar la ley, por el doctor Jaime Mañalich, se quería quitar la voluntariedad de las mujeres en función del cuidado del que está por nacer. Y nosotros dijimos que no, es decir, siempre tiene que estar presente la voluntariedad, hay que seducir a las personas para que se hagan el test, pero nunca hay que obligarlas ni hacérselos a escondidas; por lo tanto, diría: ¡no a ese tipo de modificaciones!

La otra modificación dice relación con cambiar la ley para penalizar el contagio de personas con VIH a otras, idea que surgió el año pasado cuando cobró notoriedad el tema del alto número de contagiados de VIH, pero duró bastante poco. Otra de las modificaciones fue eliminar el consentimiento informado escrito con firma de usuario a usuario, planteada por la doctora



Cortés. A mi juicio, el consentimiento informado no es resguardo para la persona, sino para quien toma el examen. Cuando hago el test a una persona, quiero que ella establezca que viene de forma voluntaria a hacérselo. Ahora bien, si no hay consentimiento informado, posiblemente quien obtenga una muestra sanguínea podría aplicar, sin revelarle a la persona, un test de VIH, que podría significar que esa persona no pueda ingresar a un trabajo, a una universidad o a un instituto militar.

Por lo tanto, el consentimiento informado sigue siendo una herramienta que protege a la institución de que la persona vino informada y voluntariamente a hacerse el test. Además, no es tan engorroso que una persona llene un formulario con su nombre, número de carné y firma.

¿Cuáles serían aquellas modificaciones a la ley de SIDA que proponemos quienes estamos trabajando en este campo? ¿Cuáles son los impedimentos para realizar los test de VIH en espacios abiertos? Ninguno. En la ley no hay ninguna observación al respecto, pues está determinado por las directrices para la detección del VIH de 2018.

¿Cuáles son los impedimentos para realizar el *Test and Treat*, y acortar este proceso? Tampoco la ley lo establece; lo establece el manual de procedimiento que ya es de 2010, y en parte las directrices de detección del VIH de 2018.

¿Cuáles son los impedimentos para vender autotest del VIH en farmacias? No está regulado, y no sé por qué no los venden. Si yo tuviera un laboratorio, lo vendería. De hecho, cuando fue vendido este autotest en las máquinas expendedoras del Metro de Santiago, fui a comprar uno a la estación Ñuble, también había otro en Los Leones, pero la seremi los sacó, usando como resquicio que este tipo de insumos médicos no podían ser vendidos al lado de las comidas -estaba al lado de unas bolsas de papas fritas-, pero en Los Leones estaba al lado de los champús. El tema es que quedó en tierra de nadie y la seremi usó este resquicio para marginarlo.

No sé cuál es la diferencia de un chileno respecto de un peruano o de un francés, que pueden ir a una farmacia y comprar un autotest de VIH. ¿Cuál es la diferencia que tenemos con ellos? ¿Qué calidad tan excepcional tenemos los chilenos en comparación con los peruanos o los franceses? No se entiende que la consejería, que el suicidio, etcétera. ¡Mentira! No existe



evidencia alguna al respecto, esto es solo sentido común, más encima conservador.

Por lo tanto, no es la ley la que hay que cambiar, esta me protege bastante contra la discriminación en temas de trabajo, etcétera. Lo que hay que cambiar son los reglamentos, normas y directrices que deben adecuarse a las estrategias más innovadoras y que son de fácil resolución. Por ejemplo, cambiar la reciente modificación del reglamento, valga la redundancia, hacer una rectificación a la modificación del Reglamento 182, que permite solo a los profesionales de salud, ni siquiera los técnicos, aplicar el test rápido visual de VIH. Debería ser ampliado a un personal capacitado, según la recomendación de la Onusida y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), y se hace en otras partes del mundo.

La PrEP: En la pantalla vemos un artículo que apareció en la BBC Mundo en diciembre del año pasado, en el cual se anunciaba que en Chile se iba a entregar la pastilla para prevenir el VIH en forma gratuita en 2019. Se trata de un acuerdo firmado en Río de Janeiro en el Segundo Foro Latinoamericano en Prevención Combinada, en que se iban a implementar diez planes piloto en América Latina. Chile se inscribió con uno de esos planes.

En la presentación del ministro de salud, en la primera sesión señaló: “Por lo anterior, el protocolo nacional define criterios de ingreso y egreso, consistentes en exámenes de laboratorio, evaluación clínica, etcétera.”

La semana pasada estuvo aquí la doctora Cortés, presidenta del Colegio Médico, para informar, entre otras cosas, que tendríamos solo el medicamento y no los exámenes que son necesarios. Es decir, no está financiado. Efectivamente, lo confirmé el jueves recién pasado en una reunión.

Por lo tanto, tenemos la subvención para la compra de medicamentos pero no para los exámenes, y tengo entendido que uno de los hospitales más grandes de la Región Metropolitana va a autofinanciar los exámenes; es decir, no tenemos un protocolo claro al respecto, a pesar de que en las revistas internacionales se está discutiendo incluso el protocolo de Canadá, y aquí aún no conocemos -a un mes de empezar, porque esto empieza en junio- cuál es el protocolo respecto de cuáles son las personas que ingresan.



Además, se anunció un plan de entrega de PrEP a diez mil personas; es decir, les vamos a entregar PrEP a diez mil personas que no viven con VIH, cuando tenemos entre el primer pilar y el segundo diez mil personas que están perdidas, esto es que, siendo diagnosticadas, no tienen atención.

Entonces, ¿cuáles son las prioridades que ponemos en función de decir: vamos a tener a las personas viviendo con VIH en tratamiento o vamos por lo PrEP?

Ahora bien, se habla de PrEP sin mencionar el condón, lo cual es complejo; por lo tanto, tenemos un alza en las ITS, lo mostró también una lámina de Anita Román. Está claro -lo tienen al lado-, esto es de abril, JAMA (Journal of the American Medical Association), asociación del VIH, y con la incidencia en transmisión sexual y el riesgo de infección. Es decir, hay una parte bonita del PrEP, pero también hay una parte que debe preocuparnos, y que tiene que ver además con los exámenes y controles

Además de esto, ¿cuál es el rol de la farmacéutica en esta estrategia? Como sabemos, aquí estuvo el doctor Afani y dijo que él entregaba PrEP, por lo que me gustaría saber de dónde viene la entrega de PrEP, cuando este tiene un costo de 450.000 pesos mensuales. ¿Esto está financiado por la farmacéutica? ¿A la farmacéutica ya no le basta solo el negocio de cuidar su medicamento y tratar de expandirlo muchos años después, sino que, además, tenemos que entregar medicamentos a personas que no viven con VIH? Así vamos a estar todos medicalizados en función de alguna estrategia de riesgo. Claramente es complejo, además no tenemos muy claras las compras realizadas por Cenabast, como aparece en un artículo de El Mostrador. Incluso, entiendo que hay una presentación ante la Contraloría respecto de estos temas.

Usted, señora Presidenta, me parece que es la que firmó ahí, para saber efectivamente cuánto estamos comprando, cómo estamos comprando y cuáles son las mejores licitaciones para esto.

En función de eso, AHF Chile, AHF mundial presentó en la vigésimo segunda Conferencia Internacional de SIDA en Ámsterdam, un documental que se llama "Draj, el precio que nosotros pagamos" y que vamos a presentar en Chile, en el marco de la conmemoración del Candlelight, por lo que



queremos tener una conversación al respecto, porque el documental es bastante crítico de lo que han sido las farmacéuticas en este tema.

Por último, el tema de educación sexual, que es una arista -ya que está tan de moda esto- respecto de la comisión, pero que le compete a la Comisión de Educación, que ha sido el gran tema, porque siempre hemos tratado de poner la educación sexual por salud, que ha sido siempre más progresivo, que lo que es educación.

Esta es una cita de Lucía Santa Cruz en plena Jocas. Yo soy autor del libro “Aportes para una historia de la educación sexual en Chile”, mi tesis de magíster, que comprende toda la historia de la educación sexual, de los planes y programas de educación sexual, del ministerio, desde 1990 hasta 2016.

Buscando, encontré este artículo de doña Lucía Santa Cruz que dice: “¿Por qué habría el Estado –vale decir el gobierno, que es su expresión tangible- de tener derecho a actuar en un ámbito tan propio, individual y privado como es el de la sexualidad y los afectos?”. Discusión entablada hace un tiempo cuando vino Juan Eduardo Pide, de Fundación Iguales, y un diputado de la comisión.

Entonces, ¿cuáles son aquellos elementos que el Estado tiene para decir que debe impartir educación sexual?

Están en la ley N° 20.418, que es una ley de salud y no de educación, en un inciso que agregó el senador Girardi junto con los entonces senadores señores Horvath, Ruiz-Esquide y Carlos Ominami, y que se insertó en el segundo trámite constitucional.

Pero se trata de un proyecto de ley de salud enviado para entregar píldoras del día después o pastillas anticoncepción de emergencia en el ámbito municipal, y se incorporó este inciso que, incluso después del reglamento que emite el doctor Jaime Mañalich, no fue recogido, y ahí quedó. Después vendrá la exposición respecto de esta ley, justamente en ese tema.

Está el documento ministerial “Prevenir con educación” de 2008. Este es un documento que firmamos nosotros en México, antes de la conferencia internacional, en una invitación que nos hiciera la secretaría de educación de ese país, en la que participaron los ministerios de Educación y de Salud, y que estableció dos metas al año 2015. Hecha una evaluación de este



ministerio, que no fue hecha por la Unesco sino por la sociedad civil, nuestro país salió último, de toda América Latina, en los avances que habíamos comprometido.

Tenemos el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, de 2013, que, en su acuerdo N° 11, establece cuál es el piso mínimo para el tema de educación sexual, y por último las orientaciones técnicas de la Unesco, pero considero que este es un tema que le compete en forma primordial al Ministerio de Educación.

El otro día, cuando vino gente del Ministerio de Educación, estuvo presente en la comisión la diputada Camila Rojas, y me pareció bastante interesante establecer algo así en esa comisión.

Sin embargo, no tenemos evidencia de que la educación sexual impacte en las tasas de VIH-ITS. Esto lo dice la propia Unesco: “Es difícil extraer conclusiones definitivas acerca del impacto de la EIS en resultados biológicos, tales como las tasas de las ITS o de la infección por el VIH...”. Entonces, aquí hay todo un tema.

El sentido común nos dice que debemos tener educación sexual. Yo definiría, primero, qué tipo de educación sexual, porque aquí hay diferencias respecto de este tema, y en segundo lugar, veamos la evidencia que existe respecto de esto, porque si colocamos los huevos en la canasta de la educación sexual hoy, no estaremos dando cuenta de lo que va a pasar el próximo año; es decir, se trata de un trabajo de cinco a diez años, desde que empiecen, en enseñanza media o en básica, a incorporar estrategias de prevención.

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

Nuestras próximas invitadas son las señoras Paulina Maturana y Milenka Kegevic, representantes del Comité de Diputados de Evaluación de la Ley.

Bienvenidas y les pedimos a ambas que no se extiendan mucho en su presentación, para que tengamos tiempo de hacer las preguntas.

La señora **MATURANA** (doña Paulina).- Señorita Presidenta, primero que todo, queremos agradecer la invitación que nos hicieron.

Nosotras somos parte de un departamento de estudio de la Cámara de Diputados. Este departamento está respaldado por un comité de todas las bancadas parlamentarias de la Cámara y la metodología usada, avalada por



la OCDE, le otorga validez al estudio y a todos los estudios que nosotros realizamos.

La señora **KEGEVIC** (doña Milenka).- Señorita Presidenta, mi nombre es Milenka Kegevic y soy abogada del departamento de Evaluación de la Ley.

Este estudio, relativo a la solicitud de la evaluación de la ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, fue ingresado al departamento de Evaluación de la Ley a fines del mes de abril, a solicitud de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Esta ley fue evaluada dentro de un contexto de un importante debate público en torno al aumento de casos de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, informadas por la autoridad sanitaria, y es un debate que sigue vigente.

Dentro del trabajo que se hizo por parte del departamento, se fijaron los objetivos de la ley. Quiero indicar que el contexto en el que se creó esta ley estaba dado dentro del empeño en buscar cómo regular el método anticonceptivo de emergencia. Por lo tanto, ese es uno de sus objetivos. También tuvo otros objetivos como prevenir la violencia sexual, las infecciones de transmisión sexual, el embarazo adolescente, y regular el derecho de toda persona a recibir educación en materia de sexualidad.

Por lo tanto, como contrapartida, buscaba regular el deber del Estado de entregar tanto la educación como los servicios y productos que implican la regulación de la fertilidad.

El departamento definió como objetivo de estudio abordar el análisis de la norma con especial atención en garantizar el derecho de acceso a la educación y salud sexual que esta mandata.

A su vez, el departamento logró determinar los ejes centrales para orientar nuestra investigación, que consistieron principalmente en los siguientes temas: derechos sexuales y reproductivos, la educación en sexualidad afectiva y género y la prevención en salud sexual.

La señora **MATURANA** (doña Paulina).- Señorita Presidenta, cada vez que hacemos un informe, levantamos información en una primera fase, que es la que tiene que ver con los implementadores de la norma: organizaciones sociales, especialistas, académicos.



Para fijar los objetivos del estudio, primero hicimos un panel de especialistas, los que fueron convocados. Por ejemplo, la señora Irma Palma, doctora en psicología de la Universidad de Chile; la señora Electra González, quien estaba de directora del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de Adolescentes (Cemera); la abogada Grace Schmidt, y los doctores señores Carlos Beltrán, Jaime Labarca, Leonardo Chanqueo.

Ante la solicitud que hace el departamento, nosotros debemos agradecer un oficio que nos enviaron de la Comisión de Salud, en que el diputado Gahona se hizo parte, sobre la base de todo el diagnóstico que se estaba levantando en ese tiempo y de la preocupación que tenía el diputado y la comisión de plantear este tema como de interés nacional.

Para eso, en esta primera fase, además de entrevistar a los ministerios, realizamos foros de percepción ciudadana. En la ocasión, realizamos dos foros: uno, en Santiago y el otro en Antofagasta, en los que contamos con la presencia de la diputada Marcela Hernando, quien abrió el debate en la zona y está presente cada vez que elegimos una región para realizar un tipo de actividad de participación ciudadana. Nosotros nos basamos en las cifras, que son reflejo de la relevancia de la problemática que está aconteciendo en aquel momento.

Para eso, nosotros nos fijamos en las altas tasas de VIH que había a nivel nacional, y una de las regiones que las presentaba con mayor alza era lamentablemente la Región de Antofagasta. Entonces, ahí tuvimos la presencia de la diputada.

Finalmente, cuando entregamos este informe estuvo presente el diputado Torres, quien nos acompaña hoy en esta mesa, de manera que para nosotros es bastante provechoso estar con ustedes acá y poder mostrarles concretamente el trabajo que realizamos.

Luego de hacer esos dos foros de percepción ciudadana, también participamos en una última instancia con los implementadores de la norma. Nosotros lo hacemos de esa manera, porque, finalmente, cuando ya tenemos todos los objetivos del estudio plasmados, y hemos tratado de mantener un *feedback*, una retroalimentación con los académicos y con los especialistas, tratamos de entrevistar a quienes tienen que echar a andar la ley, a quienes



tienen que implementarla, y, finalmente, durante este estudio, llegamos a tres instituciones, que son bastante interesantes.

Una, es el Instituto de Salud Pública, cuyo personal compartió con nosotros todas las cifras que había en torno al VIH y a otras enfermedades de transmisión sexual. También ellos nos plantearon –lo recordé mientras exponía el señor Leonardo Arenas- por qué no se entregan dispositivos de VIH en cualquier zona del país.

Ellos hablaron de la alta carga emocional que tenía este tipo de dispositivo. Por lo tanto, ellos afirmaron que este no podía estar al lado de una máquina de Super8, por la manera en que ellos debían notificar después, o bien debía estar alguien que estuviese capacitado para entregar este tipo de noticia, porque decir a alguien que tiene VIH no es algo fácil. También nos reunimos con los ministerios de Salud y de Educación.

Respecto de las conclusiones de nuestro informe, que es lo que nos convoca, queremos decir que ha predominado un enfoque sanitario de riesgo en el acceso a derechos sexuales y reproductivos que se refleja tanto en las prestaciones de salud como en el sistema escolar, perspectiva que hoy estaría limitando la toma de decisiones por parte de las personas.

El debate público se ha centrado en el aumento de los casos de VIH. Vemos que en 2017 hay más de 3.000 casos notificados de VIH. Sin embargo, el decreto supremo N° 158 también menciona otras enfermedades de transmisión sexual.

Entonces, es importante resaltar que no solo el VIH ha ido en aumento, sino también otro tipo de enfermedades como la hepatitis, a pesar de que ha mantenido una constante; y la sífilis, que ha aumentado en un 42,31 por ciento de 2016 a 2017.

Por lo tanto, es alarmante que no solo el virus del VIH esté en aumento, sino también otro tipo de enfermedades, y aquí ponemos la atención: por qué se está generando esto.

Si vemos la cantidad de matrículas que tiene el Ministerio de Educación de la enseñanza preescolar hasta la enseñanza media podemos observar que un 72 por ciento de nuestros niños no tienen acceso a educación sexual porque la ley N° 20.418 establece en su artículo 1°, inciso cuarto, que la



educación sexual tiene que estar dirigida solo a estudiantes de enseñanza media.

Reitero, un 72 por ciento de los niños en Chile queda sin acceso, aun cuando organismos internacionales como la Unesco han señalado que es importante que niños, jóvenes y adolescentes tengan acceso a este tipo de instrucción desde una primera instancia.

La iniciación sexual, según la 8ª Encuesta Nacional de la Juventud en 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, arrojó cifras que establecen que el promedio de edad en que la población chilena se inicia sexualmente es a los 16,6 años como promedio nacional. Como indicó la matrona que hoy nos acompaña, y otros profesionales de la salud, la edad de iniciación sexual hoy estaría alrededor de los 14 años.

Por lo tanto, considerando la cantidad de matrículas que existen en el país, la educación sexual está llegando tarde.

La señorita **KEGEVIC** (doña Milenka).- Por otra parte, como se puede ver en la presentación, el artículo 1º, inciso tercero, entrega al Ministerio de Salud la facultad de dictar un reglamento para regular los derechos que salvaguarda esta norma. Sin embargo, en el inciso cuarto, donde se hace mención a los programas educacionales referentes a educación sexual, solo se exige a establecimientos reconocidos por el Estado, sin entregar facultades ni la obligación al Ministerio de Educación de dictar un reglamento para regular la materia. Esto ha generado que el Ministerio de Educación solo aporte orientaciones para la elaboración de programas por parte de los establecimientos.

Es más, profesionales del Cesfam de la Región Metropolitana nos señalaron que se estaría impidiendo educar en función de conocimientos basados en evidencia empírica sobre un proceso que es considerado inherente al ser humano, que implica formar desde una perspectiva neutral y objetiva.

Al no incluir al Ministerio de Educación o al no entregarle la obligación de dictar un reglamento la materia de sexualidad se ha centrado más bien en un sentido biológico y no formativo. Esto se ejemplifica en que el ministerio aporta orientación, y lo ha hecho últimamente a través de la política del portafolio, que los profesionales de la educación la han calificado como



engorroso y poco cercano a la realidad que se vive al interior del aula, puesto que no posibilita el trabajo lúdico con los estudiantes ni su implementación por falta de espacios destinados a ello.

Otra manifestación clara de falta de educación sexual es que hoy en día, o al menos hasta la entrega de este informe, el plan de educación sexual y afectividad data de 2005, sin contar con nuevas actualizaciones hasta diciembre de 2018, salvo por la elaboración de una estrategia en la que participaron transversalmente el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Mujer, que hasta diciembre del año pasado estaba alojada en la página *web* del Ministerio de Salud. Sin embargo, a la hora de entrevistar a gente del Ministerio de Salud nos señalaron que esa estrategia no estaba vigente. En el fondo, no se aplicaba. Solo cumplía con estar alojada en el sitio *web*, pero no se aplicaba.

De acuerdo con lo señalado, tanto profesionales de la salud como de la educación han dicho que la educación en los colegios hoy es débil, tardía, incluso muchos se atrevieron a señalar que es inexistente. Su inclusión actualmente en el currículo nacional en ocasiones pasa desapercibida. No se le da la prioridad ni la relevancia necesaria a esta materia.

En la actualidad muchos docentes carecen de capacitación y espacios durante la jornada escolar para abordar estas materias. Es más, muchos nos señalaron que estas materias se trataban en horas de orientación, de biología, de geografía, sin darle el espacio necesario ni un horario determinado para entregar la materia.

Esto se dificulta aún más si consideramos que los especialistas finalmente son los mismos docentes, los jefes de curso, los encargados de convivencia escolar, psicólogos, etcétera, quienes entregan estas herramientas sin estar cien por ciento capacitados para entregar esta materia.

La señorita **MATURANA** (doña Paulina).- Volvemos al tema de salud. Cuando hicimos el primer panel de especialistas nos dijeron que no solo deberíamos haber convocado a infectólogos, sino también a profesionales del área de la educación, puesto que las prestaciones que hay en esta materia se han considerado positivas en cuanto a salud sexual y reproductiva. Sin embargo, ellos señalan que hay falta de conocimiento, sobre todo en el



grupo etario de la población adolescente, en el acceso a anticonceptivos y desconocimiento de los mismos.

Por lo tanto, se plantea como un desafío en esta cartera ministerial la detección temprana de enfermedades de transmisión sexual, y como dijeron en la exposición anterior, dentro de los porcentajes de cumplimiento de la estrategia 90-90 estamos al debe con respecto a Latinoamérica en las dos primeras fases de esta estrategia. Primero, en aumentar el conocimiento de las personas que viven con VIH. Estamos en un 69 por ciento según Global AIDS. En la segunda fase estamos en un 77 por ciento en cuanto al aumento del tratamiento antirretrovírico en las personas diagnosticadas con el VIH.

Este ministerio también ha considerado como un desafío alcanzar el porcentaje de cumplimiento que especifica la estrategia 90-90.

El acceso limitado de los adolescentes a la atención de salud es otra conclusión que identificamos en el informe. Habla de las características propias que tiene el grupo etario puntualmente en esta etapa de desarrollo.

En una de las entrevistas se nos indicó que para ellos era muy difícil acercarse a los Cesfam, primero, por los horarios de atención demasiado acotados; segundo, que les daba vergüenza ir al lugar y tocar la puerta, y quizás puede sonar hasta un poco ridículo, pero también que alguna vecina los viera ingresando a un espacio amigable.

También dijeron que la atención que se les daba era demasiado breve; que no se sentían cercanos al profesional que les estaba llenando su ficha CLAP para ingresarlos al sistema que utilizan, que es el sistema Rayen.

Por lo tanto, es un sistema que los aleja bastante de estos espacios de salud. No se sienten cercanos, insisto, sobre todo por el tema de los horarios y que los pueda identificar alguna vecina y que les cuente a los padres que están queriendo acceder a algún método anticonceptivo.

Hay algunas iniciativas que van en pro de mejorar el tipo de calidad de atención para ellos. Está el aumento de los espacios amigables. Hay una meta que tiene el Minsal, que es al 2020 tener 567 espacios amigables. Al 2017 había 263.

La señorita **KEGEVIC** (doña Milenka).- Finalmente y para concluir, a raíz del presente estudio que realizó el departamento, el Comité de Diputados del Departamento de Evaluación de la Ley decidió presentar un proyecto de ley



–ya fue presentado–, con el objeto de perfeccionar las disposiciones de esta norma, en particular lo relativo a la educación en materia de sexualidad, afectividad y género.

El proyecto consistió principalmente en modificar el título de la ley, para entregar información, orientación y prestaciones en salud y educación sexual.

Por otra parte, modificar el artículo 1, en el sentido de que la educación se incorpore desde el primer ciclo de transición, y que se determine una persona específica, horarios determinados y una forma de fiscalizar que el contenido de educación sexual esté llegando a los estudiantes del segundo ciclo de transición.

Finalmente, se solicita al Ministerio de Educación que dicte un reglamento para regular estas mismas materias.

La señorita **MATURANA** (doña Paulina).- Nosotros tenemos como antecedente que la diputada Hernando también presentó un proyecto a la Comisión de Educación. Por consiguiente, lo que pretende el nuestro -donde ella también participa- es refundirlos, pero abocarnos puntualmente al tema de la educación sexual. Así que esa es una temática que pedimos que no olviden en la discusión de esta comisión.

Nuestro informe queda a disposición de ustedes para el trabajo que realicen de aquí en adelante.

Muchas gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Agradecemos a las dos porque han hecho una muy buena exposición.

Este ha sido un día muy intenso y provechoso, por eso también agradecemos a los otros expositores.

Tiene la palabra la diputada Erika Olivera.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señora Presidenta, agradezco a todos los que vinieron a exponer sobre este tema, que discutimos de hace varias semanas.

El señor Leonardo Arenas mencionó los test de 3ª y 4ª generación. Al respecto, me gustaría saber qué opinión tienen respecto de las diferencias que hay entre ambos, porque tengo entendido que uno detecta la enfermedad y el otro detecta no solo la enfermedad o el virus, sino otras cosas relacionadas con el VIH.



Entonces, le pido que nos hable acerca de estas dos pruebas.

Concuerdo plenamente -y lo he dicho en comisiones anteriores- con que es muy importante la educación sexual dentro de los establecimientos educacionales.

Por otra parte, uno tiene internalizado que esta educación siempre se ha impartido en la educación media, sin embargo, tanto la matrona como otros profesionales han hecho hincapié en que el inicio de la sexualidad comienza a los 13 o 14 años.

Por lo tanto, quiero saber si es bueno comenzar en esa etapa, porque mostraron algunos índices que expresaban que eso ocurría desde los 16 años. Pienso que sería bueno incorporar en nuestro informe que la educación sexual comience a partir de los 13 años, en séptimo y octavo básico.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señora Presidenta, por su intermedio agradezco a todos los expositores.

Pido a don Leonardo Arenas, a propósito de las 10.000 personas diagnosticadas y que se fueron, que nos diga en qué período se fueron, cuáles serían las razones y por qué es tan difícil ubicarlas.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el señor Leonardo Arenas.

El señor **ARENAS**.- Señora Presidenta, respecto a la diferencia entre 3ª y 4ª generación quiero decir que la 4ª será mejor. Eso en términos de test, porque en términos humanos tengo mis diferencias.

El test de 4ª generación tiene antivirus y antígeno, entonces el período de ventana se acorta. Esto es VIH. Hay dúo y hay otros test, hasta de cuatro, que con la misma muestra sanguínea podemos tener sífilis y hepatitis B.

Por ejemplo, en Brasil tenemos cuatro, aparte del VIH.

Acá, hacemos la diferencia entre los test; tenemos individuales, las denominadas membranas separadas. Pero la de 4ª generación tiene 21 días de período de ventana, lo cual acorta el proceso desde la adquisición del VIH o de la situación de riesgo para saber de la persona. Recordemos que antes esperábamos la muestra hasta 3 meses. Entonces, en ese sentido el test de 4ª generación es importante.



El test de 3ª generación ya es de buena calidad y fue aplicado mucho antes. Ahora ya estamos aplicando el de 4ª generación en tres marcas certificadas por el ISP, y el proceso es el mismo, es decir, solo cambia la resolución del test.

Respecto a las 10.000 personas que mencioné, a diferencia de las que van a estar en PrEP, y en relación con la brecha, esto se ha ido dando en el tiempo. Ahí hay una falencia en el sistema público. Entiendo que también la doctora Cortés habló de los niños y niñas que no están en el sistema y que no sabemos a qué se debe: si es porque las personas migraron o porque fueron trasladadas a otra región. Nuestros sistemas informáticos deberían dar cuenta de esa información para saber cuántos tenemos. Por ejemplo, tenemos el SUR-VIH, que corresponde a aquellos que suben desde el sistema público, luego de que se hacen un examen. Es engorroso también, porque tienen que subir cada test a una plataforma, aunque sea no reactivo. Eso no se puede compartir en regiones. Entonces, lo que se hace en la Región Metropolitana no se conoce, por ejemplo, en Antofagasta.

Lo que hay que hacer –a propósito del caso dramático, en Iquique, cuando murió un matrimonio que ya se había hecho la prueba, pero que nunca fue notificado- es tener un registro de estos temas, cuestión que ONUSIDA también solicitó en Chile.

Que Chile no haya alcanzado a erradicar la transmisión materno-infantil, se debió a que no sabemos cuántas mujeres están embarazadas; no tenemos el número N para saber si alcanzamos el -2 por ciento que es necesario. Chile ha logrado altos niveles de información, pero desconocemos ese porcentaje.

Bueno, esas son las brechas que se deben acotar para lograr respuestas en este tema.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Me llama la atención que se haya dicho que lo que pasa en Antofagasta no se conoce en otras regiones, o que no se compartan los datos, porque, en teoría, el ministerio debería tenerlos todos y también el ISP.



Entonces, qué tan factible es que una persona que haya estado en tratamiento en Antofagasta y migra a otra ciudad, continúe su tratamiento en ese nuevo lugar. Sin embargo, ¿aparece perdida?

El señor **ARENAS**.- Cuando dije que en Antofagasta no se conoce la información acerca de lo que sucede en la Región Metropolitana, tiene que ver solamente con el SUR-VIH, es decir, con la notificación. Cuando la persona ya ingresa al programa puede pedir su traslado a Antofagasta y llega con todos sus papeles. El VIH es la única enfermedad que tiene extraterritorialidad; es decir, por ley, las personas se pueden atender en cualquier lugar, independientemente de su lugar de habitación, que es la complejidad que tiene aplicar test rápidos o hacer PrEP en los consultorios, porque, por ejemplo, el consultorio de La Pintana no tiene posibilidad de atender a una persona que vive en Las Condes, porque esa persona tiene que estar inscrita en La Pintana.

Entonces, la bajada que hace la respuesta al VIH a la atención primaria de salud se ve entrampada por el per cápita que tiene el sistema de atención de salud para dar respuesta al tema del VIH, que en el ámbito secundario es totalmente independiente a su territorialidad.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Jaime Bellolio.

El señor **BELLOLIO**.- Señorita Presidenta, respecto de lo que acaba de decir nuestro invitado, me interesa nos pudiera proponer una fórmula distinta, porque entiendo que la pesquisa con el test rápido o el test de Elisa se quiere hacer a todo nivel, de manera de testear a la mayor cantidad de gente posible, pero, claro, tiene razón en que el lugar donde se entregan los medicamentos es relevante para el consultorio, pues necesita saber cuántos tiene que tener y a quiénes debe atender, para el seguimiento de la medicación.

Además, me gustaría conocer la propuesta de nuestro invitado para la toma de los PrEP. Si son 10.000 dosis, ¿bajo qué condiciones y en qué lugares?

Ahora, a modo de comentario, quiero ir en defensa de Lucía Santa Cruz, porque encuentro que es una mujer “seca”, extraordinaria, brillante, liberal, que me interpreta plenamente, y su frase la defino, dentro de esa misma



perspectiva, como que hay ciertos ámbitos que el Estado no puede traspasar, lo cual no implica que no tenga un rol. Eso es radicalmente distinto.

Lo señalo, porque si nosotros seguimos oponiendo –que fue la conversación que sostuve con Juan Enrique Pi cuando vino acá- la educación sexual a la familia, caemos en una contradicción, porque la educación sexual es con la familia y no contra ella. Entonces, si suponemos que hay un único modo de enseñar la sexualidad y que ese modo tiene que venir determinado desde el Estado, estamos equivocados, y lo estamos, primero, porque no hay un único modo y, segundo, porque nuestro invitado demostró que la eficacia de los programas puede ser distinta: algunos que funcionan y otros no funcionan. Si hay un programa de educación sexual que dice que los niños vienen de una semillita que la pone una abeja, no funciona.

Hay ciertas cosas que son básicas, que son parte de lo biológico y otras que son parte de lo afectivo-cultural. Y quizá aquí es donde está la parte más difícil para ponernos de acuerdo.

Creo que en la medida en que más se extreme la posición de que tiene que haber un único modo de la educación sexual, es peor, porque habrá más que van a decir: “no, “nica”, no quiero”.

Yo soy partidario de que la educación sexual parta desde temprana edad. En el colegio de mis hijos, que es un colegio católico, parte en prekínder. Por supuesto, en este nivel se enseña una cosa distinta de la que se enseña en 4° básico y distinta de la que se enseña en 8° básico y así sucesivamente. O sea, tiene que ver con la madurez, con la etapa de la vida, con el desarrollo de cada uno de esos niños.

Lamentablemente, no alcancé a escuchar la primera presentación, pero hay algo que es bastante evidente: una cosa es el inicio de la actividad sexual, que es en la adolescencia, entre los 14 y 16 años, y otra distinta es el inicio de la sexualidad en cuanto a afectividad, que es mucho antes. Por tanto, si la educación sexual se inicia solo cuando se inicia de la actividad sexual, habremos llegado tarde en enfermedades de transmisión sexual y en una serie de otros aspectos que son clave para entender qué significa una sexualidad responsable, cuáles son los métodos anticonceptivos, cómo se transmite no solo el VIH, sino, también, las otras enfermedades de transmisión sexual.



Me gusta la propuesta que hizo el Comité de Evaluación de la Ley, en términos de que esto parta desde antes. Si hoy parte en media, no significa que esté prohibido hacerlo en la básica, solo que los colegios, por supuesto, tienen el incentivo de preocuparse de aquello que es obligatorio, en este caso, en la media, amén de es fiscalizable por la superintendencia. Otros, no muchos, tienen el programa desde la básica, porque es “voluntario”.

Ahora bien, trataría de no caer en la crítica de que por el hecho de dejarlo a disposición de las escuelas, en términos de que estos se adecuen a su proyecto educativo, es necesariamente malo.

Creo que tiene que haber una debida diversidad de los distintos proyectos; entiendo que en la actualidad hay siete disponibles y, ojalá, hubiera muchos más. Algunos han tenido mejores resultados, dependiendo de la variable que se quiere medir. Hay algunos que son mejores para prevenir el embarazo adolescente, pero pueden no serlo para enfermedades de transmisión sexual y así sucesivamente.

Por tanto, cada colegio debe definir el foco de lo que quiere prevenir. Me parece completamente razonable que sea el conocimiento de los métodos anticonceptivos, de la transmisión de enfermedades sexuales y, sobre todo – algo se dijo-, de una afectividad, que va mucho más allá de la mera genitalidad, donde también hay aspectos de protección en términos de abusos y otros, que a veces no tienen que ver con lo genital, sino que son formas de abuso sexual que pueden ser diferentes. Eso, sin lugar a dudas, debe hacerse desde muy temprana edad; de lo contrario, estaremos llegando tarde.

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

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señorita Presidenta, me parece curioso el aumento de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y el incremento de casos de VIH en el mismo período.

Al respecto, me gustaría saber si existe algún dato más preciso, por ejemplo, sobre la sífilis y la gonorrea, pues me llama la atención su alto incremento. Me gustaría escuchar algo que pudiera explicar este aumento, ya que son enfermedades asociadas generalmente al mayor número de contactos sexuales.



La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra la señorita Paulina Maturana.

La señorita **MATURANA** (doña Paulina).- Señorita Presidenta, cuando solicitamos información sobre el VIH, en el ISP nos respondieron que no necesariamente tenía que ver con que había más personas contagiadas, sino que el universo de contagio había aumentado en cuanto al conocimiento de la enfermedad; había mucho más personas tomándose el examen.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Un tanto antojadiza la explicación.

La señorita **MATURANA** (doña Paulina).- Esa es la respuesta oficial del Instituto de Salud Pública.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señorita Presidenta, quiero hacer un par de preguntas y un comentario.

En primer lugar, complementando la pregunta del diputado Ricardo Celis sobre el aumento de infecciones de transmisión sexual, me gustaría saber sobre la clamidia, que ha ido en aumento y me parece interesante analizar.

En segundo lugar, en relación con el aumento de casos de VIH, la presidenta del Colegio de Matronas hizo referencia a cambios en el comportamiento sexual de los jóvenes, como que muchos no utilizan condón. Al respecto, me gustaría saber si este solo hecho explicaría el aumento de casos, si objetivamente ese cambio en el comportamiento sexual de los jóvenes estaría directamente vinculado a ese incremento, o eso tal vez sería solo una especulación.

En tercer lugar, respecto de la dificultad que tiene la estructura financiera de la atención primaria para responder a la extraterritorialidad del tratamiento de VIH, entiendo –puedo estar equivocado- que el financiamiento del VIH no viene por la vía del per cápita en salud, sino que viene por la vía de los programas. Al venir por la vía de los programas, debería existir un rango de flexibilidad distinto del per cápita, que es el que establece, con un universo conocido, cuál es el financiamiento que va a tener la atención primaria; no ocurre lo mismo con los programas, que son un poco diferentes en el manejo.

Finalmente, a modo de comentario, tiendo a coincidir con el diputado Bellolio en lo que ha planteado sobre educación sexual.



Efectivamente, es muy difícil establecer con seriedad un sistema educativo si siempre está en constante pugna.

Creo que podemos estar de acuerdo en ese concepto, pero si seguimos pugnando estamos jodidos, porque nunca vamos a avanzar más allá.

Así como el Estado no debe impedir que los distintos proyectos educativos avancen en su mirada respecto del tema de la sexualidad, tampoco las familias deben descansar en meros proyectos educativos. La responsabilidad de las familias no es solo colocar a un niño en un colegio y descansar en que este hará todo el trabajo; obviamente, esto tiene que traspasarse a la conversación dominical, por decirlo de alguna manera, o en cualquier momento en que la familia se reúna conversar estos temas. Por lo tanto, debe ser una cuestión mucho más comprometida desde esa perspectiva.

Ahora bien, en donde el Estado sí debe jugar un rol protagonista es en establecer aquello que, objetivamente, sea un mínimo común que nos permita cumplir con dicho objetivo. Si no tenemos un mínimo común y lo dejamos al arbitrio de las miradas que tengan los distintos proyectos educativos, nos podría jugar en contra respecto del riesgo de que no se cumpla ese objetivo, además del aumento de las cifras en los distintos ámbitos. Ello, porque no solo tiene que ver con el VIH, ya que cuando se habla de sexualidad también debe haber afectividad, porque la violencia intrafamiliar, la coacción con la que se vive la sexualidad, incluso dentro del matrimonio, es producto de la falta de educación en todo el ámbito que implica la sexualidad propiamente tal, no solo en el mero acto penetrativo, que es a lo que restringimos, muchas veces, la discusión de sexualidad, sino que es bastante más amplio, por lo que estoy muy de acuerdo en ese punto.

Por otra parte, resulta interesante lo que plantea el Departamento de Evaluación de la Ley respecto de disminuir la edad. Ojalá pudiéramos iniciar en edad preescolar nuestro primer acercamiento al proceso educativo, pues la sexualidad de nuestros niños debe partir en la edad preescolar, obviamente, con las condiciones que corresponden a la evaluación psicosexual en cada una de las etapas. Pero el acercamiento debe comenzar desde ahí, no solo desde la genitalidad, sino también desde la afectividad, en donde el Estado establezca, insisto, un mínimo que nos permita cumplir con los objetivos sanitarios requeridos.



Gracias, señora Presidenta.

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

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señora Presidenta, solo quiero hacer un comentario para reiterar lo que se ha dicho sobre el tema del incremento de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

Si fuese así, significaría que hay más pesquisas y justamente una de las razones de esta comisión es que no es así; al contrario, es una explicación no razonable que no resiste lógica alguna. Por tanto, creo que la explicación está en otra parte, probablemente, con el uso del condón u otras medidas de otra naturaleza.

Gracias.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Quiero hacer una pregunta en la misma línea de lo que planteó el diputado Torres, porque me siento totalmente representada.

Don Leonardo Arenas dijo algo muy superficialmente, por lo que me gustaría saber a qué se refiere cuando dice que el tiempo para detectar el virus en personas de origen inmigrante sería mucho más demoroso que en el resto de los casos.

Por ello, propongo a la comisión oficiar al director del Fondo Nacional de Salud, don Marcelo Mosso Gómez, para que nos envíe un informe detallado acerca del proceso establecido por el Fondo Nacional de Salud para que inmigrantes que lleguen a Chile, con visa de turista, puedan acceder al diagnóstico y tratamiento relacionados con el virus VIH SIDA.

Asimismo, un informe sobre el detalle de los requisitos y etapas contempladas para que las personas en calidad de inmigrantes en Chile sean ingresadas en los programas contemplados para la detección, control y tratamiento del virus VIH.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra la diputada Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señora Presidenta, ya que se va a oficiar al director de Fonasa, podríamos aprovechar de consultar lo que preguntó el diputado Víctor Torres en relación con el financiamiento, si es a



través del per cápita del programa y por qué se estaría dando en la atención primaria.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Jaime Bellolio.

El señor **BELLOLIO**.- Señora Presidenta, estoy completamente de acuerdo, pero no sé si pondría el estatus de visa de turista, a menos que preguntemos directamente si está con ese estatus u otro. En el fondo, lo que nos importa es saber si hay un mecanismo para aquellas personas que son migrantes, sin importar su estatus, sin importar si están con visa de turista o con visa de trabajo.

Muchas gracias.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Lo podemos ampliar, especificando las distintas categorías migratorias, así queda más detallado, junto con la sugerencia del diputado Víctor Torres.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra la diputada Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señora Presidenta, a propósito de lo que se acaba de decir, hice la consulta respecto de la visa de turista a don Álvaro Bellolio y la respuesta fue genérica. Por lo tanto, hay que puntualizar y especificar el tema, independiente de que se pidan todas las categorías migratorias.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para acceder a lo solicitado por la diputada Hernando?

Acordado.

Tiene la palabra el señor Leonardo Arenas.

El señor **ARENAS**.- Señora Presidenta, hicimos una denuncia respecto de la atención de personas migrantes con visa de turista. Lo que establece la ley es que las personas deben acceder a un número o RUT provisorio, aquellos que no están en forma regular con su visa establecida, etcétera.

Lo que se establece -se puede ver en ChileAtiende, incluso cómo obtener atención de salud- es que una persona adquiere este número provisorio en caso de que esté en forma irregular o que la visa esté en trámite.



Lo que estamos viendo es que hasta el jueves Santo podíamos incorporar personas en el programa hospitalario, con su documento de certificación de VIH; concurríamos hasta el lugar de admisión, de ahí a una profesional que se llama calificadora, que es la persona que entrega el RUT, pero el día lunes posterior fue imposible dado que las personas que están en calidad de turistas deben esperar el vencimiento de la visa para quedar en forma irregular, es decir, hasta el día 91 de estadía en Chile para acceder a ese número. Por lo tanto, lo que otorga ese número es la posibilidad de ser beneficiario de todas las prestaciones de salud que tenemos, por ejemplo, exámenes, visita al médico, etcétera.

Ahora, como sabemos que las personas que estamos atendiendo, principalmente AHF Chile, vía AHF Colombia y AHF Perú, son ciudadanos venezolanos que vienen a Chile en busca de tratamiento para salvar sus vidas, necesitamos rápidamente vincularlos al sistema hospitalario. Pero, insisto, hoy se dificultó y se extendió por tres meses.

Para una persona que está tomando medicamentos y tiene solo para un mes, resulta complejo quedar dos meses sin estos y ser atendido en dos meses más, con todos los exámenes, para que se los entreguen nuevamente. Por lo tanto, la recomendación -disculpen la patudez- es que en el oficio se especifique la complejidad que tienen las personas que están con visa de turista. Lo que habría que especificar es que, para las personas que viven con VIH o aquellas enfermedades de notificación obligatoria, el tema de la visa de turista no debiera ser impedimento para acceder a la atención de salud. Incluso, puede extenderse a sífilis o a enfermedades de transmisión sexual.

Eso sería en lo puntual a su pregunta, señora Presidenta.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra Paulina Maturana.

La señorita **MATURANA** (doña Paulina).- Señora Presidenta, cuando nos entrevistamos con el doctor Ramiro Molina -no sé si ha sido invitado a esta comisión-, quien tiene una vasta experiencia en el tema de la educación sexual, nos planteó: “perfecto, dejémosle el tema a los padres. Pero quién les enseña a los padres.” Entonces, entramos en un círculo vicioso: de dónde ellos sacan las herramientas.



Segundo, cuando hicimos un foro ciudadano en Antofagasta lo dividimos en dos partes: una mesa de trabajo en cuanto a que la orientación religiosa estaba por los colegios laicos y la otra por los colegios religiosos. Lo acuerdo, porque estuve en la mesa de los colegios religiosos.

Cuando preguntamos por el tema de la afectividad y por el cuidado que se debía tener por los métodos anticonceptivos, ¿cuál es el mejor método anticonceptivo en un colegio evangélico? Nos dijeron que no había otro mejor que la abstinencia.

Entonces, frente a ese autocuidado y a la enseñanza de padres sin enseñanza, no sé hasta dónde más podemos llegar.

La Unesco es la que señala que debe haber un mínimo en cuanto a la madurez, como nos indicaba el diputado Bellolio.

Por último, volviendo al tema de las cifras de VIH, hay varios mitos.

Por ejemplo, no solamente existe el aumento del universo de personas que se enteran que tienen la enfermedad. El doctor Afani ha comentado que a la enfermedad se le había perdido respeto, dado que era crónica y hoy nadie muere de VIH y, por lo tanto, en la población joven ya no hay un respeto a la enfermedad, pese a que antes, según nos comentaban, se debía vender todo para obtener un tratamiento, incluso, hasta la casa.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Propongo prorrogar la sesión por tres minutos.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra la señora Anita Román.

La señora **ROMÁN** (doña Anita).- Señorita Presidenta, a propósito de lo que se ha preguntado, quiero reiterar lo que dije en mi exposición. Estadísticamente, hemos comprobado que hoy existe un cambio en las conductas sexuales, sobre todo en los jóvenes entre 20 y 29 años, y observamos que un gran porcentaje de la información se obtiene de las redes sociales.

Diputado, creo que no hay que restar mérito a la familia y nadie lo ha dicho. Lo que planteamos es que al Ministerio de Educación le falta involucrarse en el tema, porque el rol de la educación es precisamente reforzar lo que se



enseña en la casa y digo casa u hogar, porque familia puede ser cualquiera. Y en ese espacio hoy hay un gran déficit.

También, quiero abocarme a lo que preguntó el diputado Víctor Torres en relación con nuestra experiencia desde la matronería.

Hoy, el 95 por ciento de las embarazadas está en control -esa cifra está, es un número totalmente existente-, antes era 98 por ciento. En ese espacio tenemos que plantear qué está pasando; sin embargo, hay un gran número de jóvenes viviendo en situación de calle y esa mujer gestante en situación de calle llega solo el día del parto -no va antes-, y debemos evitar la transmisión vertical a esa niña o a ese niño que está por nacer.

Gracias al programa de la mujer, en este país se realiza a toda mujer gestante, en el segundo control, el examen para evidenciar la presencia de SIDA. Además, de acuerdo con la población de riesgo, se le puede practicar además un segundo test.

No obstante, el día del parto, a toda mujer que no trae su examen de VIH o cuyo examen tenga más de sesenta días le practicamos el test. Se toma una muestra sanguínea que va al laboratorio y el tecnólogo médico notifica, de acuerdo con lo que detecte.

Por eso llama mucho la atención las cifras. El examen se practica y las gestantes son las más protegidas en este tema. Donde hay déficit es en nuestros jóvenes.

Por eso planteé la idea de la matrona en los colegios -no por poner una matrona-, sino que todo lo que se haga en Salud, a través de educación, no hay espacio. El Ministerio de Salud no puede involucrarse en programas de educación -en este tema podemos aportar a la comisión-; sin embargo, muchas municipalidades han pedido a las diferentes escuelas de obstetricia del país que realicen clases en sus colegios y lo hacen desde el voluntariado y no como una política pública necesaria en educación. Ese es el punto.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Propongo nuevamente prorrogar la sesión.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el señor Leonardo Arenas.



El señor **ARENAS**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero responder la consulta del diputado Jaime Bellolio. No es una crítica a la distinguida Lucía Santa Cruz, sino que se refiere a cómo se tensionó en 1996 el tema de la educación sexual y la tensión que existe entre dos visiones.

No estoy de acuerdo con que exista una asignatura de educación sexual. Sabemos que tenemos asignatura de lenguaje y el 50 por ciento comprende lo que lee. La educación sexual debería ser transversal, con un contenido mínimo correspondiente a lo último que firmamos: el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo. En el N° 11 de esa declaración se establece el acceso a métodos anticonceptivos, etcétera.

No hay siete programas de educación sexual. Eran cuatro y ahora hay tres, pero tampoco son programas que el ministerio solamente avala, ahí hay una cosa rara.

Cuando se lanzó el Portafolio de Programas de Educación Sexual y Afectiva con Joaquín Lavín, la idea era que los establecimientos pudieran optar por uno o ninguno de estos siete programas que se implementaban mediante un fondo de capacitación, es decir, el que quiera usted o ninguno, y así resultó. No hay nada al respecto y los tres programas que quedaron son los más conservadores.

No estoy muy claro que sea el Programa Teen Star, en mi libro no figura, al que más se accede hoy. El Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad (PASA), de la Universidad de Chile, es al que más se ha accedido; después el programa del Centro de Medicina Reproductiva (Cemera), luego el de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (Aprofa) y, después, el Programa Teen Star.

Asimismo, estoy de acuerdo en que no hay un único método. Por lo tanto, el tema de la educación sexual es más integral.

No me gustan las matronas en los colegios. El día que tengamos problemas de *bullying*, ¿vamos a llamar a los Carabineros?

La cartera de Educación debe hacerse cargo de la materia. Los profesores no pueden pasar colados y el Colegio de Profesores ha estado mutis, es decir, no hay ninguna presencia de los docentes en este tema, pues creo que los profesores tampoco han resuelto su tema sexual e individual.



Respecto del aumento de infecciones de transmisión sexual, ciertamente se debe a la baja del aumento del uso del condón.

Si tenemos muchos menos condones que antes, se tiende a pensar que es una enfermedad controlada, por lo que la percepción de riesgo baja y, además, han cambiado los comportamientos sexuales. El PrEP, que hoy se está vendiendo en el mercado negro, ha llevado a que las personas tengan relaciones sexuales sin protección, a que se hagan fiestas en las que se tenga sexo sin protección, pues se piensa: “Soy intransmisible, porque estoy indetectable.” Ese juego se mantiene.

Por lo tanto, cuando el ISP responde eso, es porque no hace estudios del comportamiento sexual, solamente piensa en la cantidad de test que realizaron.

Sobre la extraterritorialidad del VIH, los medicamentos están en la atención secundaria y muchos de los compañeros y muchas de las compañeras que viven con VIH no quieren que salga de ese espacio. El problema está en que, si tenemos un aumento de notificados de VIH –lo veo desde la perspectiva de política pública-, entonces, ¿debemos hacer más hospitales para atender en atención secundaria, a pesar de que es una enfermedad controlada y por lo tanto debería bajar a la Atención Primaria de Salud (APS)?

Ahora, la APS ha tenido solamente el tema del test rápido. En algún momento, va a entregar medicamentos –hoy no se hace, se siguen retirando en la atención secundaria- y proponemos que los medicamentos se puedan retirar en organizaciones de la sociedad civil capacitadas, con todos los resguardos necesarios, por ejemplo, para que la persona que accede ponga su huella para que sepamos que es la persona que está retirando el medicamento y este no sea vendido o se pierda en la organización civil. Queremos los mismos resguardos que pueden existir en el sistema público.

Pero la atención deberá bajar a la Atención Primaria de Salud, porque, de lo contrario, se va a generar un cuello de botella en determinados hospitales.

Por ejemplo, tenemos vínculo con el hospital Barros Luco, y si antes teníamos una semana de atención, ahora tenemos tres y sigue aumentando, pues vamos a tener cuatro y se nos va a seguir complicando el tema.

Ese tema es fundamental para la sustentabilidad y sostenibilidad del 90-90-90.



Gracias, Presidenta.

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

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

* * *