

LEGISLATURA 367^a

CEI 22 -COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA SOBRE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS ORGANISMOS PÚBLICOS COMPETENTES EN RELACIÓN CON LA CRISIS EN EL TRATAMIENTO DEL VIH SIDA EN CHILE ENTRE 2010 Y 2018

Sesión 8^a, celebrada en lunes 13 de mayo de 2019, de 11.06 a 12.25 horas.

SUMARIO:

- Asistieron como invitados el director del Fonasa, Marcelo Mosso, y el fundador de la Plataforma PrEPárate, Alberto Farías.

I.- PRESIDENCIA

Presidió la sesión la diputada Claudia Mix Jiménez.

Actuó como Secretaria Abogado la señora Claudia Rodríguez Andrade, y como Abogado Ayudante el señor Germán Salazar Roblin.

II.- ASISTENCIA

Asistieron los siguientes diputados integrantes de la Comisión: Juan Luis Castro González, Andrés Celis Montt, Ricardo Celis Araya, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar, Marcela Hernando Pérez, Patricio Rosas Barrientos, Víctor Torres Jeldes.

Además asistió la diputada Karin Luck Urban en reemplazo de la diputada Erika Olivera de la Fuente, y el diputado Pedro Velásquez Seguel.

III.- INVITADOS

Concurrieron como invitados el director del Fonasa, Marcelo Mosso¹, y el fundador de la Plataforma PrEPárate, Alberto Farías².

IV.- CUENTA³

Se dio cuenta de los siguientes documentos:

1.- Correo electrónico del Asesor del Directorio Nacional del Colegio de Enfermeras de Chile A.G, mediante el cual excusa la inasistencia de la Presidenta del Colegio a la sesión, no obstante, solicitan se pueda reagendar su invitación.

2.- Nota de la Bancada del Partido Comunista, mediante el cual informan que la diputada señora Marisela Santibáñez, será reemplazada por la diputada señora Karol Cariola.

3.- Nota de la Bancada de Renovación Nacional, mediante el cual informan que la diputada señora Erika Olivera, será reemplazada por la diputada señora Karin Luck.

V.- ACUERDOS

No hubo acuerdos.

¹ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=169788&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

² Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=169789&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

³ Los documentos de la cuenta se encuentran en el siguiente link:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=61043&prmTIPO=DOCUMENTOCUENTACOMISION>

VI.- ORDEN DEL DÍA

A continuación, se inserta la versión taquigráfica de lo tratado en esta sesión, confeccionada por la Redacción de Sesiones de la H. Cámara de Diputados.

TEXTO DEL DEBATE

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

La señora Secretaria dará lectura a la Cuenta.

*-La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Con el objeto de continuar con su cometido y dar cumplimiento a lo encomendado en el mandato, han sido invitados a la presente sesión el director del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, señor Marcelo Mosso, y el fundador de la Plataforma PrEPárate, señor Alberto Farías, a quienes damos la bienvenida.

Tiene la palabra el señor Marcelo Mosso.

El señor **MOSSO**.- Señora Presidenta, muchas gracias por la invitación.

La Comisión nos hizo llegar un oficio con preguntas específicas sobre la materia objeto de esta investigación, para lo cual he preparado una presentación que trata de dar respuesta a esas interrogantes.

Las materias a las cuales me referiré comprenden el marco legal, en términos de acceso y protección financiera, el marco legal y específico para el VIH; luego, como la materia concerniente a Fonasa está circunscrita al GES, hablaré sobre el marco normativo del GES, en este caso específico, las prestaciones que están garantizadas para el VIH, el gasto anual, los beneficiarios tratados y el tratamiento de migrantes y turistas dentro del Fondo Nacional de Salud.

Respecto del marco normativo, hay dos cosas que son relevantes de comprender: Uno, el derecho de acceso a la protección de la salud y, dos, la protección financiera de Fonasa. Esto hay que separarlo, porque es relevante.

Sobre el derecho de acceso a la protección de la salud y de acuerdo con la Constitución Política de la República, "el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo".

Por otro lado, el artículo 132 del DFL 1, de 2005, del Ministerio de Salud, establece que "Los establecimientos

asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de las tarifas o aranceles fijados a este efecto". Esto es relevante en términos del derecho que le asiste a cualquier individuo, dentro del territorio nacional, a acceder a la protección de la salud.

Respecto de la protección financiera, es decir, si el Fonasa paga o no estas prestaciones, la normativa vigente considerada en el DFL 1 establece que al Fondo Nacional de Salud le corresponde financiar, en todo o en parte, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del régimen del Libro II de esta ley en cualquiera de sus modalidades.

Entonces, aquí hay un punto importante, pues se señala que la ley obliga al Fonasa a financiar, en todo o en parte, a aquellas personas que son beneficiarias del régimen. De esta manera, y atendido el principio de legalidad consagrado en la ley orgánica constitucional de bases generales de la administración del Estado, el Fonasa solo puede concurrir al financiamiento de las prestaciones de atención en salud de sus beneficiarios. En términos específicos del VIH, hay distintas leyes que facultan y obligan a las instituciones del Estado a realizar acciones, como la promoción, la prevención y el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

El artículo 1° de la ley N° 19.779, establece 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", obligando al Estado a "la elaboración de políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia".

En este sentido, el Estado articula políticas que contribuyen al control de la enfermedad desde la promoción y prevención, por un lado, hasta el tratamiento por el otro, y el Ministerio de Salud es quien define esa dirección y las orientaciones técnicas.

Por otra parte, el decreto supremo N° 3, del Ministerio de Salud, establece los problemas de salud que se encuentran incluidos en las Garantías Explícitas de Salud (GES), que

garantiza el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad a todo beneficiario en el caso del Fonasa.

El problema de salud garantizado N° 18 corresponde al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, por lo cual el Fonasa tiene, respecto de esa patología, las funciones que la ley 19.966 le asigna en cuanto a asegurar el acceso y oportunidad en la atención a sus respectivos beneficiarios.

En cuanto a la protección financiera que otorga el Fonasa a las personas que son beneficiarias y que presentan el problema de salud garantizado N° 18, la cobertura es de un ciento por ciento para todos los tramos del Fonasa.

En términos de prestaciones GES, lo primero que debo decir es que el Fonasa está obligado a proveer las atenciones de salud a sus beneficiarios, procurando cumplir con esas garantías y con la protección financiera, para lo cual realiza convenios tanto con la red pública como con la privada para otorgar las prestaciones contempladas en el decreto supremo que mencioné.

Es importante señalar que los plazos establecidos para las diferentes patologías aseguradas mediante la garantía GES, solo constituyen una puerta de entrada al sistema. La ley expresamente ha establecido que el plazo máximo de oportunidad considera tres etapas : Designación de un primer prestador por el Fonasa o las isapres; designación de un segundo prestador, cuando en la primera atención se incumple la garantía de oportunidad, y designación de un tercer prestador por la Superintendencia de Salud en caso de un reclamo.

Es decir, solo cuando el prestador designado por la Superintendencia no otorga la prestación, estamos en presencia de un incumplimiento jurídico de la garantía de oportunidad. En este sentido, la ley otorga un rol activo al beneficiario, exigiendo que por sí o mediante un tercero reclame para que se activen las etapas segunda y tercera.

En cuanto a las prestaciones GES garantizadas, el cuadro señala cuáles son, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y el seguimiento, con la periodicidad establecida para cada uno de ellos.

Desde la perspectiva del Fonasa, el siguiente gráfico muestra el gasto que se ha producido cada año en términos de tratamientos por GES, completo, en las tres etapas en el Fonasa. Así, el 2018 el gasto generado fue de 96.869 millones de pesos, por lo cual, respecto del 2010, representa un aumento del gasto de 418 por ciento.

El número de beneficiarios en tratamiento también ha aumentado desde el 2010, cuando teníamos 12.841 personas, hasta el 2018, que hay 37.467 beneficiarios que accedieron a esta prestación. Junto con eso, y entiendo que esta materia fue tratada ya en la comisión por el ministro, con el objeto de disminuir la transmisión del VIH y de mejorar las garantías de acceso, se están implementando a nivel ministerial una serie de iniciativas, que las dejo para su conocimiento para que puedan revisarlas.

Esta es la red de prestadores con la cual tenemos convenios. Es básicamente la red pública. Solo hay dos instituciones que hacen algunas cosas específicas que no están en la red pública misma, que es el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y el Hospital Clínico de la Universidad Católica. El resto es básicamente la red pública de hospitales.

Para finalizar la última parte de las preguntas, se me pidió un pronunciamiento respecto del tratamiento del acceso y la protección financiera de los inmigrantes y los turistas, y ver qué diferencia había, si es que la había.

Primero, quiero recordar lo que dije al comienzo. El derecho de acceso a la protección de la salud, de acuerdo con el artículo 132, del DFL N° 1, los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no pueden negar la atención a quienes la requieran ni condicionarla al pago previo de las tarifas o aranceles fijados en este efecto.

Entonces, las extranjeras y los extranjeros, con independencia de su situación migratoria, tienen derecho a recibir todas las prestaciones de salud pública, incluida la atención del Virus de Inmunodeficiencia Humana, de infecciones de transmisión sexual y demás acciones relativas o relacionadas con la salud sexual y reproductiva, de acuerdo con el artículo 140, del DFL 1.

Por otro lado, la atención que presten los servicios de salud en sus establecimientos respecto de las infecciones de transmisión sexual es totalmente gratuita, comprendiéndose en ello el diagnóstico, tratamiento y control, los exámenes de laboratorio clínico y demás, de acuerdo con el artículo 7, del decreto supremo 206, de 2005.

Por otro lado, la ley ha establecido específicamente otras prestaciones, con independencia de la condición migratoria como el caso de la mujer embarazada y el niño recién nacido, o la atención de salud en caso de urgencia vital.

En cuanto a la protección financiera de Fonasa, de acuerdo con la normativa vigente, principalmente constituida en el mismo D.F.L. N° 1, al Fondo Nacional de Salud le corresponde financiar, en todo o parte, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios, como lo dije al principio, del régimen del Libro II de esta ley, en cualquiera de sus modalidades.

¿Quiénes son los beneficiarios de Fonasa? Los trabajadores dependientes y sus cargas; los temporeros; los trabajadores independientes y sus cargas; los imponentes voluntarios; las personas que gocen de pensión previsional o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía; la mujer embarazada, aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria, y el niño hasta los 6 años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones que contempla el artículo 139; las personas carentes de recursos, las personas que gocen de una prestación de cesantía, de acuerdo con la ley N° 19.728.

En cuanto a la cobertura financiera de Fonasa a las personas migrantes, lo primero que cabe distinguir es que inmigrante es la persona cuyo propósito es asentarse en el país, ya que emigrar, o simplemente migrar, es el acto de salir de un Estado con el propósito de asentarse en otro.

La persona inmigrante puede ser considerada beneficiaria del Fondo Nacional de Salud en igualdad de condiciones que los nacionales en el caso de las siguientes dos situaciones:

-Si cuentan con un permiso vigente para permanecer en el país, deberán cumplir con los requisitos generales de cualquier beneficiario al momento de la acreditación y afiliación;

-De acuerdo con el decreto supremo N° 110, la persona inmigrante que carece de recursos y no posee documento o permisos de residencia podrá ser acreditada como una persona carente de recursos; por lo tanto, pasa a ser un beneficiario de Fonasa.

Ahora, para el proceso de acreditación de una persona migrante irregular y carente de recursos, en Fonasa está explicitado que la persona debe acercarse a un establecimiento de la atención primaria o a uno de los centros de salud próximos a su residencia. El migrante deberá completar un formulario de carencia de recursos, el que deberá presentar junto con algunos otros documentos. De ahí, Fonasa revisa los antecedentes y otorga un número provisorio de identificación. Es importante señalar que este número solo es válido para los establecimientos públicos de salud.

Luego, Fonasa orienta al inmigrante a que está obligado a regularizar su situación en Chile para obtener un RUN. Una vez obtenido el RUN nacional, deberá acudir a una sucursal de Fonasa para regularizar su situación.

Respecto de los derechos en Fonasa de la persona que es turista, primero, son considerados turistas aquellas personas que ingresan al país con fines de recreación, deportivos, de salud, de estudios, de gestiones de negocio u otros similares y que, en tal calidad, están autorizados para permanecer en el país durante un período no mayor a 90 días. Este permiso lo pueden renovar si pasan los 90 días y extenderlo hasta 120 días.

Por lo tanto, la persona turista no puede ser considerada beneficiaria, ya que no cumple con la definición de inmigrante -propositivo a asentarse en el país-, salvo que manifieste su intención positiva de radicarse en Chile, sea porque transcurrió el plazo para ser considerado turista, caso en el que pasaría a ser una persona irregular en el país, carente de recursos, y que se aproxima entonces a este número provisorio que entregamos nosotros, o porque dio inicio a los trámites para obtener una visa de permanencia en el país.

La regla general de acceso, como lo dijimos antes, es que los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no pueden negar atención a quienes lo requieran. Por lo tanto, todos, independientemente de si son turistas o no, pueden hacer uso del sistema, pero la condición general de financiamiento de quienes no tienen calidad de beneficiario es que deben pagar su valor según el arancel respectivo al igual que cualquier persona que no sea beneficiaria de Fonasa, tales como quienes están en isapres. Ahora, si alguien no es beneficiario, la ley no faculta a Fonasa para otorgar una prestación financiera, una protección financiera, a menos que una ley específica pudiera decirnos lo contrario.

Por último, solo quiero comentar que tenemos algunos convenios de seguridad social, que en el caso hay reglas que no cumplen con lo anterior, pero es porque hay convenios específicos. Es el caso, por ejemplo, de España, con quien tenemos un convenio bilateral para cotizantes activos y pasivos, junto a sus cargas familiares, para que puedan acceder a prestaciones de salud en el otro país en igual condición que los nacionales. También tenemos un convenio con Argentina respecto a atenciones de

urgencia o de emergencia vital, para personas que sin ser residentes carezcan de medios económicos suficientes.

Esa es la presentación que teníamos preparada.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta accidental).-

Muchas gracias, señor Mosso.

Vamos a escuchar las dos presentaciones, para luego hacer las preguntas.

Tiene la palabra el señor Alberto Farías.

El señor **FARÍAS**.- Señor Presidente, buenos días estimados diputados y diputadas.

Mi nombre es Alberto Farías, ocupo el acrónimo de Carlos Faras en redes sociales. Hace 13 años que vivo con el virus VIH, soy científico político y tengo 13 años de activismo en la materia. Creo importante para la comisión un testimonio de primera fuente, porque el VIH sí tiene rostro y que, adicionalmente, pudieran contar con mi opinión especializada y con enfoque de derechos. Es importante que puedan ver a una persona que tiene VIH y que se ha especializado en la materia 13 años; o sea, no soy una persona que tiene VIH hace 2 años, sino que desde el 2 enero de 2007. Por tanto, tengo una historia muy potente que contar, que quiero conversar con ustedes.

Soy el fundador de la plataforma PrEParate; creo que en esta comisión ha habido mucha mitología y tergiversación de la verdad respecto de la profilaxis preexposición, de parte de algunos activistas que se dedican a la materia, por lo que me gustaría desmitificar muchas de las cosas que se han dicho.

Hace unos meses di una entrevista al diario La Tercera, donde conté mi experiencia con el VIH. Esto me permitió salir del clóset respecto de lo que significaba esta enfermedad. No hay muchos testimonios de personas que tienen VIH, no están dispuestas a contar de una manera pública.

La verdad es que, para mí, este fue un proceso muy largo. Fui saliendo del clóset con el tema del VIH poco a poco, recién a los 10 u 11 años le conté a mis padres de mi condición serológica, por lo tanto, esto me tomó mucho tiempo, más aún por el estigma y la discriminación que iba a sufrir por ser VIH positivo.

Sin embargo, me da mucho gusto, porque de alguna manera siento que me he preparado toda la vida para la presentación que estoy dando en esta comisión, porque efectivamente lo que más he tenido que vivir durante todos estos años es el estigma y la discriminación, tanto personal sanitario, como personal no

sanitario que trabaja en particular en salud sexual; incluso, de parte de de activistas que se dedican a la materia.

Esa es la razón por la que con mucho gusto puedo hablar hoy del VIH y de mi vida con total libertad. Pero, insisto, fue un proceso muy difícil, porque además del estigma y la discriminación que vivimos las personas VIH positivo, tengo la sensación de que es lo que está ocurriendo con los futuros usuarios de la PrEP, pues los estamos condenando también a este estigma y discriminación.

He vivido en varios países; en Chile, Viña del Mar, en Punta Arenas; en Argentina, en México y en última instancia en Australia. En todos esos países viví con el VIH al hombro; viajé, particularmente, porque tenía intenciones de educarme. Nunca quise dedicarme a estas materias, hice todo lo posible por alejarme, pero, por razones de azar o del destino, terminé dedicándome y formándome a través de la experiencia y conocimiento en la materia.

Esta experiencia me permite entender cómo funciona el VIH en Viña del Mar, por ejemplo, cómo funciona en el Hospital del Salvador, donde me atiendo hace 13 años; incluso, creo que está peor, si lo comparamos en los últimos 13 años; Punta Arenas, Magallanes, Buenos Aires, Ciudad de México y Sídney. Por lo tanto, conozco la experiencia a nivel nacional y latinoamericano, como paciente, también del primer mundo como, por ejemplo, en Australia, donde tuve la oportunidad de ver y educarme respecto de lo que está haciendo este país para tener los excelentes indicadores que tienen en materia de VIH y muy asociados al tema de la PrEP, que fue donde aprendí de esto.

Llegué con un poco de conocimiento, quizá superficial, respecto del tema de la PrEP, a un mundo donde el tema estaba instalado; había PrEP por todos lados. Fue la mejor experiencia que tuve desde el punto de vista de la salud sexual, que es un poco la experiencia que quiero contar.

Existen muchos mitos respecto del uso del condón: que ha bajado, que por eso hay más infecciones de transmisión sexual, etcétera. Como científico político, puedo decir que esos datos no son correctos, el uso del preservativo se ha mantenido constante dentro de su bajo uso, sin modificaciones estadísticamente significativas, por lo menos en los últimos 13 años, que es desde cuando tengo estudios metodológicamente comparables.

En promedio, lo único que podríamos decir con rigor, desde el punto de vista del análisis de datos, es que en los últimos 13 años 1 de cada 10 chilenos ocupa el condón "siempre"; el 90 por ciento ocupa el condón "nunca o a veces". La barra que se observa más alta representa el "nunca". Al ver los datos de 2006 y de 2015, podemos ver que no hay cambios estadísticamente significativos. Es una mentira de parte de salubristas y de personal no sanitario que han venido a decir que el aumento de las infecciones de transmisión sexual se debe a una reducción del uso del preservativo. Eso no es correcto.

Tengo otra encuesta elaborada por mí que corrobora lo que estoy diciendo, pues arroja el uso del preservativo constante dentro de su bajo uso.

Por lo tanto, la pregunta que nos debemos hacer y que he visto que algunos honorables parlamentarios han formulado en la presente comisión es: ¿por qué aumentan las infecciones de transmisión sexual? Estoy entregando datos de que el uso del preservativo se ha mantenido constante dentro de su bajo uso. Uno debería decir que por lo menos la cantidad de infecciones de transmisión sexual se debía haber mantenido constante.

La tabla que se observa en la presentación la elaboré para una investigación que quiero publicar en una revista de investigación científica. La mandé a la Revista Chilena de Infectología, que evidentemente la rechazó. Estos datos indican el uso del preservativo distinguido por sexo y por orientación sexual.

Si ustedes ven los gráficos que les mostré con anterioridad, comparados con los hombres gay, lo interesante es que tienen un 44 por ciento del uso "siempre" del condón. Esto nos indica que es el grupo poblacional con el mayor uso del preservativo, en comparación con todos los otros grupos poblacionales que hay, seguido por los bisexuales. Por consiguiente, quienes menos ocupan el preservativo son los heterosexuales, pero quienes tienen mayores medidas de protección sanitarias en función del preservativo son los hombres gay. Por lo tanto, somos los hombres homosexuales quienes más nos cuidamos.

Si se fijan en la presentación, el "nunca" se modifica sustancialmente desde el 70 por ciento de heterosexuales que reporta nunca ocupar el condón, hasta el 27 por ciento de los hombres gay, quienes son los que menos reportan no ocupar el condón. Esto está a nivel internacional, se mueve entre el 45 y 60 por ciento el uso del condón siempre, cuando es muy alto.

O sea, el problema no está en el condón en los hombres gay, ¿dónde está? Esto es evidencia empírica, a mí no me gusta la opinología, no me gusta inventar nada; pero, insisto, es evidencia empírica.

Ahora, ¿por qué aumentan las ITS? Esta es una teoría, por supuesto fundamentada en la literatura científica internacional. No estoy inventando nada, es una teoría científica y hay que testearla empíricamente.

Después de recopilar la literatura internacional, ¿qué es lo que ocurre? En cuanto a la cantidad de parejas sexuales, se ha demostrado en la literatura científica internacional que en efecto la cantidad de parejas sexuales incide sobre el aumento de las infecciones de transmisión sexual, hay una variable importante al respecto.

En cuanto a la pareja única, durante mucho tiempo, por grupo neoconservadores, se dijo que la pareja única era el único método de prevención, sabemos que el 70 por ciento de las mujeres se han contagiado el VIH por la pareja única. Estudios internacionales afirman que, entre uno y dos tercios de los contagios en hombres gay, se debe a la pareja única. Por lo tanto, la pareja única nunca sirvió, al contrario, podríamos decir que fue una de las razones por las cuales aumentaron las incidencias del VIH.

La globalización ha traído aparejada una serie de prácticas sexuales de mayor riesgo que antes no se conocía. La aparición de redes geosociales como Grindr, facilitan los encuentros sexuales y los hombres gay empiezan a tener actitudes de sexo más riesgoso que antes. Tenemos que investigar empíricamente por qué ocurre esto.

El Chemsex. El sexo químico. ¿Qué es el sexo químico? Es el sexo bajo los efectos de estupefacientes. El sexo anal, estimados diputados y diputadas, es un sexo muy distinto al sexo vaginal, porque el sexo anal penetrativo es un sexo mucho más violento, agresivo, hay más sangrado y, por lo tanto, no es de extrañar que muchos hombres gay utilicen drogas para poder amortiguar los dolores que se producen en este tipo de interacciones sexuales. Esto no es raro.

En muchos estudios internacionales se indica que los usuarios de drogas tienden a tener actitudes de mayor riesgo. Si ahora yo soy el activo, está demostrado empíricamente que el sexo anal receptivo es la práctica sexual de mayor riesgo, por tanto, la verdad es que es bastante lógico pensar que en la

medida en que el sexo anal receptivo ha disminuido en función de los prejuicios y de los estigmas sociales que hubo antes. Cuando salí del closet como hombre gay, quería ser activo y no pasivo, porque pasivo históricamente desde los griegos ha está asociado a la discriminación del estigma. El verdadero macho es activo, pero en la medida en que ha disminuido tal prejuicio y estigma social, evidentemente es posible que las personas tengan más sexo anal receptivo pasivo y, por tanto, es el sexo con mayor riesgo.

Esto hay que corroborarlo empíricamente, insisto, pero todo este trabajo lo hago gratis, no gano nada. Soy hijo de padre taxista y de madre podóloga. Trece años viviendo con VIH. Todo esto lo hago por el amor al arte, porque a mí nadie me financia. Entonces, esto lo quise corroborar empíricamente, pero lo demás no lo puedo hacer porque no tengo los recursos, pero esto lo pude corroborar empíricamente respecto de la cantidad de parejas sexuales.

¿Es efectivo que la cantidad de parejas sexuales pueda tener un factor incidental sobre las ITS y, en particular, sobre el VIH?

Lo interesante es que los datos que se indican en la presentación son que casi el 90 por ciento de los hombres heterosexuales y de las mujeres heterosexuales, reporta tener entre cero y una pareja sexual en los últimos doce meses.

Si vemos los hombres gay, el 30 por ciento tiene dos parejas sexuales y el 26 por ciento tiene tres o más parejas; o sea, entre el 55 por ciento o el 60 por ciento de los hombres gay reportan tener dos o más de tres parejas sexuales. Por lo tanto, son el grupo poblacional que más usa preservativo, pero también son el grupo poblacional que más cantidad de parejas sexuales tiene. Esto está fundamentado en la Encuesta Nacional de Salud del año 2016-2017, por lo tanto, puede ser evidentemente un factor incidental, como así lo ha demostrado la literatura internacional.

Además, quiero hablar de las nuevas estrategias en prevención. Si seguimos pensando que las estrategias de prevención que debemos incentivar y promover en 2019, son las mismas del año 2009, somos conservadores, tradicionalistas y por sobre todo, fomes.

Desde el año 1990, hay estudios clínicos que hablan de la profilaxis post exposición. Cuando una persona ha estado en riesgo de contraer el VIH, cuando a esta persona se le entrega

medicamentos antirretrovíricos, antes de 72 horas desde la exposición, durante cuatro semanas, la eficacia en prevenir el VIH es sobre el 90 por ciento. Este medicamento se entrega en Chile, solo y exclusivamente a personal sanitario víctima de accidente percutáneo con el VIH, y a mujeres víctimas de la violencia sexual.

Si voy a Australia, a Inglaterra, a Estados Unidos, a Canadá, a España, este tratamiento se entrega a cualquier persona que se considere que haya estado en riesgo, desde el punto de vista, de su salud sexual. Por ejemplo, se me rompió el condón. Yo trabajo con médicos y hago consejería clínica. El otro día me contactó un chico porque se le había roto el condón, estaba muy preocupado y quería acceder a la profilaxis post exposición. Me dijo que había ido a un servicio de urgencia para solicitarlo, pero le dijeron que lo que él andaba buscando era la pastilla del día después, y que solo se entregaba a las mujeres, porque lo que estaba pidiendo no existía. Ese es el nivel de ignorancia del personal sanitario de nuestro país.

He solicitado, insistentemente, a Salud Pública, a Redes Asistenciales, a la Cenabast y a los Servicios de Salud, información respecto de cómo se ha entregado este medicamento al personal sanitario y a las mujeres víctimas de la violencia sexual. ¿Qué medicamentos se ha entregado? ¿Se ha entregado uno de marca o uno genérico? ¿Bajo qué criterios? ¿Cuántos se han entregado?

Esto ha ayudado mucho en la disminución de las infecciones de VIH en el mundo. ¿Por qué en Chile no lo tenemos? Vamos a empezar con la PrEP y no tenemos Post. Deberíamos tener el Post implementado en los servicios de urgencia para que las personas, en caso de que hayan tenido alguna situación de riesgo, puedan acudir. En este instante alguna ONG, con mucho esfuerzo y de manera muy artesanal, lo entrega. ¡Esto debemos masificarlo!

La PrEP. Esto es una cuestión que aprendí en Australia. Llegué a Australia y sabía un poco sobre la PrEP, pero no mucho. Llego a un país, en donde voy a una farmacia y había un cartelito que decía: compra tu PrEP genérico. Allá hay sex licence, es decir, licencia para sexo, por tanto, hay lugares que tienen resolución sanitaria en donde se puede tener sexo, como en saunas. Además, hay folletería acerca de la PrEP.

Yo me empecé a atender en una clínica sexual que tiene características socialistas, es universal, de calidad y

gratuita. A penas te piden una identificación. Por todas partes está la PrEP. Entonces, esto está absolutamente masificado. La PrEP cuando es utilizada correctamente tiene un 99 por ciento de eficacia y es muchísimo más eficaz que el preservativo.

Los estudios clínicos indican que la eficacia del preservativo, en disminuir y prevenir el VIH, varía entre el 71 por ciento y el 91 por ciento; la eficacia de la PrEP cuando se utiliza, a lo menos, cuatro pastillas semanales, en el sexo anal, en donde está probado, no en el sexo vaginal, tiene 99 por ciento de eficacia; los últimos estudios han encontrado cero casos de transmisión del VIH cuando se utiliza correctamente.

La eficacia, en general, disminuye cuando la adherencia es baja. La adherencia es baja, esto está comprobado, cuando los activistas y la comunidad de la diversidad sexual es conservadora, y no está dispuesta a promover y a trabajar, de par en par, con el tema de la PrEP. Es lo que ocurre exactamente en Chile con los activistas y las ONG que trabajan en la materia. Porque he visto, con mucha vergüenza, que el gobierno, al parecer, es más liberal que los mismos activistas.

Como no me gusta inventar nada y no soy amigo de la opinología, les muestro datos. En el año 2012, San Francisco implementó la PrEP, por supuesto que con muchos errores. Ellos tienen una cuestión que se llama la compensación del riesgo, que no se producen en otros sistemas en donde se ha implementado la PrEP. Fueron los primerizos, pero desde el momento en que se implementó la PrEP, en 2012, han disminuido en un 50 por ciento las infecciones de VIH, en un plazo de cuatro años, más de un 10 por ciento anual, en Chile aumentan el 10 por ciento anual. El diario Publimetro se atrevió a publicar una portada, hace unos días, respecto de que el mal uso de la PrEP era la causa del aumento del VIH en Chile. ¡Qué irresponsabilidad!

A cabo de hacer una denuncia ante el Colegio de Periodistas por violación a las normas de ética. ¡Cómo a alguien se le puede ocurrir colocar en portada, algo tan difamatorio! ¡Algo tan infame!

Nuevamente podemos apreciar en la presentación cómo bajan las curvas epidemiológicas cuando se implementa la PrEP con estudios probabilísticos en Estados Unidos. En todos los lugares donde se implementa la PrEP, las curvas caen. Todos los estudios así lo indican y caen en promedio del 10 por ciento anual. Lo que pasa es que la gente cree que cuando ocupa

la PrEP va a ver una disminución en el uso del preservativo, pero les voy a demostrar que eso no es correcto.

Los efectos adversos de la PrEP comparados con el placebo. En la presentación, los que están a la izquierda es la PrEP que es tenofovir más emtricitabina y el que está a la derecha es el placebo. Si se fijan, los efectos adversos son prácticamente iguales. Lo que me llama la atención, es por qué el placebo tiene tantos efectos adversos. Lo que quiero decir con esto, es que es un medicamento muy seguro.

Adicionalmente, uno de cada doscientos reporta alguna modificación en el aclaramiento de la creatinina, que es como se mide el funcionamiento renal, y ese 0,5, en general, cuando se detecta una modificación en ese examen, es porque estaba deshidratado, por una modificación en la dieta, entonces, se vuelve a tomar el examen y en un 80 por ciento de los casos, el índice vuelve a la normalidad. Adicionalmente, si estoy en ese 0,00 tanto por ciento que realmente puedo tener una afectación renal, suspendo el medicamento y vuelvo a mi funcionamiento renal anterior.

Insisto, es un medicamento muy seguro y, además, se están probando otros medicamentos. Por tanto, en el futuro vamos a tener medicamentos incluso más seguros.

En la actualidad, en Buenos Aires se está experimentando con PrEP inyectable, que se inyecta una vez al mes. Estoy seguro de que los grupos conservadores, radicales conservadores de las ONG y los activistas que se dedican a esta materia van a tener menos prejuicios con una PrEP inyectable que con una PrEP de uso diario, a través de una pastilla. No sé por qué. El gobierno quiere impulsar el tema de la PrEP en junio y he solicitado información insistentemente, a través de transparencia, porque esta política pública no ha tenido nada de transparencia activa, ningún tipo de vinculación con las organizaciones sociales ni con los activistas que trabajan en la materia. Ha sido bajo cuatro llaves, a puertas cerradas y ultrasecreto. Evidentemente, con el conservadurismo de los activistas, qué más se puede esperar.

Me interesa incentivar el bioequivalente. En este instante, estoy trayendo un bioequivalente desde la India, lo cual se puede hacer, es legal. El medicamento no tiene resolución sanitaria en su país de destino, en este caso Chile, pero sí tiene resolución sanitaria en su país de origen, se llena un formulario en el ISP y se puede traer.

El Truvada vale 400.000 pesos. Si entro en un convenio a través del hospital clínico de la Universidad Chile o la Católica baja de precio, pero el bioequivalente, el Tavin-Em, que es el medicamento indio que traigo, vale 15.000 o 12.000 pesos mensuales.

No se mal interprete, no es hacer campaña a la farmacéutica que gana plata, a Truvada, de Gilead, sino que los usuarios podamos acceder al bioequivalente, como se ha hecho en todos los países en donde se ha aplicado la PrEP. En Australia, en Canadá y en Europa los usuarios empezaron a utilizar PrEP bioequivalente, y se ha querido ver al usuario PrEP en la actualidad casi como un irresponsable. De nuevo el estigma y la discriminación, ahora con el usuario de la PrEP.

El usuario de la PrEP, si está tomando PrEP es porque quiere cuidarse. Tenemos que cambiar la lógica.

En esta comisión, en la exposición anterior, se mencionó un estudio que tuve la oportunidad de leer tres veces sobre que la PrEP estaba asociada con las ITS. Leí el mismo estudio, además revisé los metaanálisis, y debo decir que se tergiversó la verdad, y lo digo con todas sus letras y de manera responsable.

La compensación del riesgo es que básicamente los usuarios de la PrEP comienzan a disminuir el uso del preservativo porque consideran que la PrEP les da una seguridad adicional. Todos los estudios y metaanálisis demuestran que eso no es correcto. Incluso, el mismo estudio que fue citado en la sesión anterior de la comisión dice que no se puede culpar a la PrEP por esa asociación de las ITS y usuarios de PrEP.

Ello es así, porque en general el usuario de PrEP ya está desde antes en alto riesgo. Es más, el usuario de PrEP se testea frecuentemente, cada tres meses. Esa es la gran gracia de la PrEP. No es una pastilla.

Yo, como persona VIH positivo, puedo ir al infectólogo del Hospital del Salvador, pedir hora, hacerme controles clínicos, que de hecho les comunico que los últimos tres o cuatro años he visto una sola vez al médico, porque no hay horas médicas; sin embargo, la PrEP da la posibilidad a las personas VIH negativas de acceder a la atención clínica y, por tanto, los obliga a tener un control regular, periódico, cada tres meses, de toda su salud sexual.

Los hombres homosexuales no somos estúpidos. No somos tan tontos como para empezar a ocupar PrEP y darnos cuenta de que

queremos contagiarnos sífilis, gonorrea, clamidias, y como he demostrado empíricamente, los hombres gay somos los que más ocupamos el preservativo.

Eso es falso. No hay compensación del riesgo, cuando se incluye la PrEP.

Hay estudios, como en San Francisco, que indican que sí ha ocurrido, pero pasa cuando las organizaciones de la sociedad civil y los activistas no están comprometidos, porque estigmatizan al usuario y, por tanto, no refuerzan las medidas preventivas tradicionales seguras, como el uso del preservativo.

Evidentemente, si dejo al usuario de la PrEP andar por sí solo y no le doy un acompañamiento en las medidas preventivas tradicionales, ese usuario de la PrEP va a terminar teniendo conductas de mayor riesgo.

Por eso, es importante que las organizaciones y activistas dejen de ser conservadores y apuesten a promover, incentivar y trabajar en conjunto con esta política.

Clave 3: Indetectable igual intransmisible.

Esto es fundamental, porque hago consejería clínica con médicos y si me llega una persona y me dice que tuvo sexo con un VIH positivo, pero esta persona estaba indetectable, no le puedo recomendar PrEP o Post, porque todos los estudios clínicos, el Partner-2 que fue el último que apareció hace una par de días, en particular en sexo anal, demostró cero casos de transmisión del VIH cuando la persona está con su carga viral suprimida. Por lo tanto, la PrEP o el Post no es un medicamento en estas condiciones; es para las personas que tienen un uso infrecuente del preservativo o que no conocen el estatus de VIH de su compañero sexual.

Saben que para mí, como persona VIH positiva, esto es un cambio total en la vida desde el punto de vista de los placeres sexuales y de nuestra salud sexual. Los hombres gay siempre hemos tenido sexo con miedo. Hay estudios que indican que 50 por ciento de los hombres gay tiene miedo a contraer el VIH. Por primera vez, a través de esto, podemos tener una sexualidad segura, responsable, sin miedo, sin temor, sin estigma.

Como pueden ver en la presentación, la curva epidemiológica respecto de infecciones del VIH disminuye. El color naranja indica cuando se incluye la PrEP y el rojo cuando se incluye indetectable igual intransmisible, que significa tratamiento como prevención. Así se llama: Treatment as prevention.

Observen como la curva baja cuando se incluye indetectable igual intransmisible y cuando se incluye la PrEP. Todos los números bajan. Esto es en Estados Unidos.

Otro gráfico para que entiendan lo que estoy diciendo. En este caso, las curvas verde y naranja expresan cómo disminuyen las nuevas infecciones de VIH cuando se incluye treatment as prevention, tratamiento como prevención, y la PrEP.

¡Todas las curvas epidemiológicas disminuyen! Así de efectiva es esta estrategia.

La clave 4: reducción de riesgo.

Nos hemos negado, por conservadurismo, a dar una oportunidad en salud sexual a ese 90 por ciento de personas que utiliza el condón de una manera infrecuente.

Ahora, la derecha está impulsando en los colegios que usemos condón y toda la cuestión. Es un poco tarde, pero a mí me gustan los números, así que digamos que lo incentivamos y promovemos, ¿vamos a pasar de 10 por ciento a cuánto? ¿Al 25 o 30 por ciento de uso del preservativo siempre? Claro, sería bastante exitoso. Podríamos duplicar, multiplicar, pero seguiríamos teniendo un 70 por ciento de personas que ocupa el preservativo de manera infrecuente. Y podríamos decir lo mismo con hombres gay, pues podemos aumentar en 10 o en 20 puntos porcentuales, pero seguirá existiendo un 35 o 40 por ciento que va a ocupar el preservativo de manera infrecuente.

En materia de salud sexual, ¿no hay nada el 2019 que podamos entregar?

Sí, hay mucho. Por ejemplo, el uso del lubricante en la penetración vaginal o anal. Resulta que ahora los alcaldes empiezan a repartir condones y no se entrega lubricantes.

¿Qué están esperando! ¿Que ocupemos la saliva? ¡Honestamente! El lubricante es fundamental para la reducción de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

El sexo anal receptivo es muchísimo más riesgoso que el sexo anal insertivo, y es una información que es importante entregar en la estrategia mixta combinada.

Ahora se observa un mapa conceptual respecto del organigrama institucional del VIH. Me demoré dos o tres meses en hacerlo. Lo verde es salud pública y lo rojo es redes asistenciales. Aquí las ONG y los activistas han decidido trabajar permanentemente con salud pública, démosle un folletito, enseñémosle cómo ocupar el condón.

Lo que aprendí en Australia es que la lógica es la salud sexual clínica.

Yo, como hombre gay, ¿saben qué me dicen los pacientes que atiendo en consejería clínica? Que las otras organizaciones son puro blablá.

Las personas que están en alto riesgo necesitan acceder a atención clínica. Puede haber un médico, una enfermera, que me dé una receta y que me entregue el medicamento, si tengo que tratarme.

En la actualidad, si quiero acceder a la atención clínica debo ir a lo que está indicado debajo de la lámina, al lado de infectología, que se llama Unacess, que son las unidades de atención en salud sexual.

No sé si ustedes han escuchado sobre eso, pero son una calamidad; cinco o seis horas de espera para atender enfermedades de salud sexual, además discriminan. Tuve que acudir a la Unacess hace un par de semanas y el médico me discriminó, en el mismo hospital en que me atiendo hace 13 años. ¿En qué ha cambiado? ¡En nada! Lo denuncié e hice un reclamo público.

Necesitamos robustecer la atención clínica hacia las personas VIH negativas y que están en alto riesgo, todo lo demás es "bla bla" -las charlas sobre el uso del condón y los folletos- si las personas no tienen dónde acceder a la atención clínica, porque los servicios están colapsados o atienden mal.

Presento a la comisión la literatura y las encuestas, para que sepan que no he inventado nada.

Muchas gracias.

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

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señora Presidenta, puedo asumir que es efectivo lo que señala nuestro invitado respecto de que el número de infecciones de transmisión sexual está vinculado al número de parejas sexuales y este al no uso del condón, pero eso no explica el incremento de los últimos años y que este sea simétrico entre el VIH y las ITS. Antes tenían un comportamiento distinto, con una tasa bastante menor. No me parece suficiente explicación para el comportamiento de todo el período.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tengo tres preguntas para el director del Fonasa.

¿Cuánto tiempo transcurre antes de que una persona -con calidad de turista, pero que declara su intención de quedarse en el país y considerando que requiere diagnóstico, tratamiento o seguimiento del virus- acceda a las prestaciones de salud, como en el caso de los ciudadanos venezolanos que tienen, incluso, sus visas vencidas?

¿Qué clase de problemas de salud sufren las personas que, viviendo con el virus, no pueden acceder a los tratamientos correspondientes durante todo el período?

En vista del problema sanitario que vive Chile, a propósito del incremento de las tasas, ¿cómo impactaría acortar los plazos a los extranjeros con visa de turista que viven con VIH? Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señora Presidenta, por su intermedio quiero consultar al director del Fonasa sobre las 84 garantías GES-VIH que están retrasadas, según la información del control de glosa del cierre de 2018, ¿qué pasa con esos pacientes? ¿Se regularizó esa situación? ¿Cómo funciona la designación del segundo prestador? ¿Cómo controla el GES el Fonasa si no aparece en el organigrama y no tiene una consistencia estructural respecto del control del GES?

Nuestro invitado me dejó una serie de dudas.

Respecto de las modificaciones en las prácticas sexuales, es evidente que Chile ha cambiado, por la influencia de un millón de cosas. De hecho, como comentamos en la sesión anterior, aun manteniéndose relativamente estable el uso del condón, no obstante su porcentaje de uso ser mínimo, han aumentado las enfermedades. Probablemente esté asociado a nuevas prácticas en que no se utiliza el preservativo. Por ejemplo, en el sexo oral su uso debe ser muy bajo respecto del sexo vaginal y del sexo anal.

Entonces, según su experiencia, ¿eso podría estar influyendo en la modificación?

No entendí lo de la pareja única. No soy de los que promueve eso como mecanismo único de control en este tipo de enfermedades. Entendí que la pareja única jugaba en contra, incluso, que lo aumentaba. Quiero que lo explique.

También me preocupó el tema del PrEP genérico y de marca. Me parece bien el estímulo de bioequivalencia; sin embargo, es complejo decir, desde la óptica de la salud pública, que la gente importe un medicamento y se le denomine bioequivalente sin las pruebas necesarias. En Chile hay medicamentos genéricos

y hay otros que, siendo genéricos o de marca, son bioequivalentes, pero no todos lo son. Insistentemente, hemos tratado de estimular que sean todos bioequivalentes, sean genéricos o de marca. Entonces, en tu caso, que haces importación directa, o en otros, podrías estar trayendo medicamentos que se presupone son bioequivalentes, pero no han pasado por pruebas de bioequivalencia, y eso sí es un riesgo. Finalmente, cuántos PrEP existen a la venta en Chile, sean genéricos o de marca. Desconozco si existe a la venta, al igual que el post del que hablaba. ¿Cuál es el real acceso para la gente si se tomara como parte de una acción más masiva que la de hoy?

Gracias Presidenta.

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

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señora Presidenta, pido que el señor Mosso nos aclare si el ministerio ha conversado con Fonasa acerca de la profilaxis posexposición.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Perfecto.

Antes, tiene la palabra el diputado Patricio Rosas.

El señor **ROSAS**.- Señora Presidenta, quiero saber si existen conversaciones explícitas entre el Fonasa y la subsecretaría de Redes Asistenciales respecto de la distancia que se produce entre el diagnóstico, la confirmación y el inicio del tratamiento, por cuanto vimos que uno de los problemas para cumplir las metas 90-90-90 es que aún tenemos en Chile una abultada distancia de días entre el diagnóstico, la confirmación en el Instituto de Salud Pública y el inicio del tratamiento.

Al respecto, la Sociedad de Epidemiología sugirió que se pudiera montar en Chile la confirmación, en los laboratorios de los hospitales de alta complejidad en regiones -no necesariamente en el ISP- para acortar a menos de siete días la confirmación y el posterior inicio del tratamiento.

Al margen, aprovecho de saludar a las enfermeras, que ayer celebraron su día internacional, porque también intervienen en materia de prevención, educación y apoyo respecto de esa patología.

Gracias Presidenta.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el señor Marcelo Mosso.

El señor **MOSSO**.- Señora Presidenta, respecto del tiempo que transcurre entre que el migrante, que ingresa como turista, inicia sus trámites y su inscripción, esta debería ser apenas hace su solicitud al Departamento de Extranjería y Migración. En ese momento debiera concurrir al Fonasa para entregar el documento con el cual se acredita. Hoy consiste simplemente en una carta que se envía a Extranjería. Con eso se puede entregar el número del cual hablamos y con el cual puede partir. En el caso del migrante, es cosa de que llegue con su tarjeta de ingreso, que digan ser inmigrantes, si lo han declarado así a la Policía de Investigaciones, y con eso quedan completamente cubiertos.

Eso es para tener la protección de Fonasa, es decir, que Fonasa pague por esa situación. No obstante, antes de que opere ese proceso, el tratamiento para todas las personas está garantizado en forma gratuita en la salud pública de Chile. Fonasa solo se puede hacer cargo una vez que son beneficiarios. En respuesta a la tercera pregunta, respecto de los extranjeros con VIH que viven en Chile, ellos tienen acceso al tratamiento en el sector público. La protección financiera opera por parte de Fonasa cuando ellos inician el trámite para acreditar su condición de inmigrante. Antes de que esas personas sean beneficiarias, Fonasa no tiene facultades legales para poder cubrir esa prestación, pero la tienen garantizada de otra forma. Por lo tanto, la continuidad del tratamiento se aborda desde esa perspectiva.

Entonces, es necesario diferenciar entre el acceso, que está garantizado, y el financiamiento por parte de Fonasa, que se hace efectivo solo cuando se trata de beneficiarios del sistema, porque la ley no faculta al organismo a dar cobertura en otra situación.

Respecto de la pregunta sobre las garantías retrasadas, la estadística que manejo hasta el 31 de marzo es de 41 garantías retrasadas en el problema N° 18, de las cuales, solo una de ellas, a fines de marzo, era por tratamiento. Hace poco recabé esas cifras y tengo la impresión de que esa persona ya no está con su garantía retrasada.

Por lo tanto, el tema del retraso en diagnósticos me lleva a la pregunta sobre la circunstancia en que el test arroja un resultado positivo y se hace necesario enviar la muestra al ISP, momento en que sí se produce un desfase.

No conozco la propuesta de tener un mecanismo paralelo al ISP en los centros de referencia de regiones, pero es algo interesante, que se podría considerar.

Estamos revisando y monitoreando constantemente todo lo referente a garantías retrasadas, porque es nuestra obligación. De hecho, hemos rebajado en general todas las garantías retrasadas, no solo de VIH, y ese monitoreo se hace junto a la Digera (División General de Redes Asistenciales), para seguir cada una de las etapas.

Fonasa interviene en la medida en que se verifican atrasos en algunos servicios de salud, oportunidad en que solicitamos a Redes Asistenciales que revise lo que sucede y adopte medidas tendientes a agilizar los procedimientos.

Por otro lado, solo podemos intervenir cuando al paciente, a quien la ley le otorga un rol activo, reclama. Solo en esa circunstancia podemos buscar un segundo prestador, pues formamos parte de la red pública. Si se verifica que no se puede cumplir en un tiempo determinado y el paciente reclama, nosotros podemos salir a buscar un segundo prestador, pero ya fuera de la red pública. Esos son los casos que estamos abordando y esa es la fórmula que utilizamos para monitorear esto. El monitoreo es constante y lo revisamos permanentemente. De hecho, existen metas ministeriales para ir reduciendo fuertemente esto.

Las garantías retrasadas superan las 10.000 en total, y hoy estamos cercanos a las 6.000, en distintos aspectos, pero las estamos reduciendo, porque nos preocupa mucho el tema.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Director, en la misma línea, y aprovechando la pregunta del diputado Rosas, ¿han evaluado en Fonasa alguna estrategia efectiva para acortar los plazos entre una y otra etapa, por ejemplo, con el fin de facilitar su trabajo?

En una sesión de esta comisión se propuso implementar la detección a nivel regional, para hacerla más rápida y expedita, a fin de cumplir de manera efectiva con las metas. Por eso pregunto si ustedes, como Fonasa, han evaluado algunas alternativas, algunas estrategias destinadas a acortar esos tiempos.

El señor **MOSSO**.- Presidenta, ese es uno de los aspectos que estamos revisando constantemente. De hecho, es uno de los problemas que hemos detectado en relación con la inscripción, cuando las personas turistas manifiestan su deseo de migrar.

En el pasado ha habido algunos problemas de carácter en administrativos, pero los hemos ido superando.

En cuanto a las garantías GES, las estamos revisando constantemente junto a Digera, aunque es a la gente de Redes Asistenciales a la que le corresponde revisar los tiempos, porque, por ley, nosotros solo podemos actuar cuando existen garantías retrasadas y se nos reclama por ese concepto.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señor Mosso, muchas gracias, sabemos que tiene otro compromiso importante. Acusamos recibo de su presentación, de modo que queda disponible para el informe.

Señor Alberto Farías, hay algunas preguntas planteadas y quiero agregar otra. El 18 de mayo se cumple un año desde el anuncio de la implementación del plan nacional de VIH por parte del ministerio. En ese contexto, a propósito de lo que usted planteó al inicio de su exposición, quiero saber cómo ha logrado la sociedad civil información de parte del ministerio. Hago la pregunta, porque usted señaló que ha sido muy difícil acceder a ella, sobre todo en relación con la estrategia PrEP. ¿Cómo considera que lo han manejado, ya que esa información no ha sido entregada?

El señor **FARIÁS**.- Señorita Presidenta, si me permite, responderé primero la pregunta del diputado Celis, sobre las parejas sexuales.

Tal vez, el error que cometí, y me excuso por ello, fue no haber colocado en ese título "posibilidades teóricas", que fue lo que traté de mencionar en un principio.

Esas son posibilidades teóricas fundamentadas en literatura científica, pero, insisto, eso hay que testarlo de manera empírica, para medir en qué porcentaje incide cada una de esas variables en el aumento de las infecciones de transmisión sexual.

Ningún científico serio, o que se preste de serio, puede decir que tal o cual es la causa. Sabemos que los análisis bivariados o monocausales son muy pobres o burdos para explicar la realidad.

Por eso, los análisis más complejos, que explican la realidad con mayor profundidad, son de tipo multivariados, multifactoriales o multidimensionales. No existe solo una causa que influya sobre el aumento de las infecciones. Esto es muy complejo, son múltiples variables y múltiples dimensiones las que influyen.

No sé si una medición estadística de esas variables explicaría el 10 por ciento de todas las nuevas infecciones. No tengo idea; esto hay que testearlo empíricamente. Estas son variables fundamentadas en literatura científica internacional, pero que hay que corroborarlas empíricamente.

Respecto de la cantidad de parejas sexuales, existe abundante literatura que asocia las ITS (infecciones de transmisión sexual) con el VIH en relación con las parejas sexuales. Dicha literatura indica que, en particular, los usuarios de la PrEP tienen una alta cantidad de parejas sexuales. Por tanto, aquí hay una asociación, no una causalidad. Es más, los científicos tenemos mucha atención en ocupar la terminología de manera correcta, por tanto, la asociación no es causalidad; sin embargo, sí hay una asociación entre cantidad de parejas sexuales y aumento de ITS. ¿Es la única causa? Probablemente no. ¿Explicará en qué porcentaje? La respuesta es que se debe testear empíricamente a través de investigaciones científicas, pero no las hay porque en este país no se invierte mucho en eso.

Respecto del tema de la pareja única -que preguntaba un señor diputado-, voy a repetir los datos que mencioné.

En epidemiología, entre el 2008 y el 2012, el 70 por ciento de las mujeres infectadas por el VIH fue a través de su pareja única. Datos a nivel internacional nos indican que en hombres gay, el nivel de contagio producto de su pareja única varía entre el 30 y el 60 por ciento. Hay algo con el tema de la pareja única, respecto de lo cual no nos hemos metido en profundidad y que debemos investigar.

El señor **TORRES**.- Una aclaración conceptual. Si eso ocurrió es porque no eran pareja única; en la estricta definición de pareja única.

El señor **FARÍAS**.- Correcto; sin embargo, la persona que fue víctima de la infección supone que es pareja única.

Ahora, esa suposición es una de las más graves desde el punto de vista de las infecciones de transmisión sexual. De hecho, una de las herramientas en reducción de daños, que promuevo, es la información de tu pareja sexual, porque la verdad es que es muy frecuente tener relaciones sexuales sin conocimiento sobre la salud sexual de tu pareja. Por eso es relevante que en materia de reducción de daño es más seguro tener -y esto lo digo de manera responsable- relaciones sexuales con una persona positiva, que está con carga viral indetectable, a mantener

relaciones sexuales con una persona respecto de quien no tenemos ningún tipo de información sobre su salud sexual.

Por otro lado, otro tipo de prácticas es el uso de drogas. Al respecto, estudios internacionales han demostrado que hay una asociación entre el aumento de las infecciones de VIH y el uso de drogas. Ahora, si queremos tratar esto desde el punto de vista de la prevención del delito, y vamos a empezar a atacar desde el punto de vista de la seguridad pública, estamos muy equivocados, porque esto hay que tratarlo desde el punto de vista de la salud pública.

Al respecto, ¿qué han hecho las clínicas sexuales, que han sido exitosas en esta materia? Ellas incorporan atención psicosocial en materia de drogas, y que es lo que hay que hacer.

Respecto del PrEP genérico, el diputado hace una apreciación que es correcta. Ahora, yo no habría puesto estos PrEP bioequivalentes; hay estudios clínicos que corroboran que los PrEP genéricos tienen la misma cantidad de tenofovir y emtricitabina que el medicamento de marca.

Green Cross Pharmacy y Dynamix International son plataformas de voluntarios que se juntaron para ofrecer los medicamentos bioequivalentes a nivel internacional, que es lo que hacen a través de estas plataformas, proceso que ha sido testeado por instituciones tan importantes como el Imperial College London. Probablemente, si quiero hacer comercialización de estos medicamentos, la situación es distinta, porque en ese caso sí necesito la resolución sanitaria; trámite que es mucho más dificultoso. Sin embargo, para uso personal sí es posible de hacer, con un máximo de 90 días.

El señor **TORRES**.- La bioequivalencia no se refiere a la cantidad de medicamento que contiene el fármaco determinado, sino a cómo este se distribuye en el organismo. Yo puedo tener dos medicamentos con una misma cantidad de principio activo, pero que se distribuyen de manera distinta y no tendrán el mismo efecto. Entonces, por esa razón es importante la bioequivalencia tal como se ha planteado en Chile. Entiendo que no es para comercialización, pero mi preocupación es respecto del estímulo de la compra directa internacional, es decir, de la importación directa, y que en esa práctica la gente pudiera eventualmente conseguir medicamentos más baratos, sin garantizar igual distribución, y finalmente no termine siendo efectivo.

Esa es mi preocupación de fondo.

El señor **FARIAS**.- Personalmente me parece una preocupación correcta, que está relacionada con su siguiente consulta respecto del acceso.

Acceder a este medicamento es absolutamente difícil, tremendamente difícil, porque si voy con la receta a la farmacia el precio es de 400.000 pesos; y si voy con convenio de algún hospital clínico, el precio es más conveniente. Sin embargo, puede que un médico dé la receta, pero un usuario no tiene dónde acudir; no tiene una alternativa que se lo pueda ofrecer.

A lo mejor, no entiendo la diferencia técnica entre bioequivalente y genérico porque no soy salubrista, pero los estudios clínicos que tengo, y que se los puedo mostrar y conversar al respecto, miden al paciente respecto de la cantidad de medicamentos, es decir, que se hacen pruebas de sangre en el paciente.

Ahora bien, si quiero decir que esta fue la manera en que las tasas empezaron a bajar en equis país, no fue porque el gobierno empezó con su implementación, sino porque los usuarios que usaban Prep bioequivalente iban a la clínica sexual a testearse, y los médicos comenzaron a anotar esos datos, por ejemplo, que tal o cual paciente estaba tomando un medicamento importado desde el extranjero, y que no hay transmisión del VIH.

Esta es la manera en la que se ha hecho a nivel internacional; por tanto, uno puede decir con relativa seguridad, tanto en el ejemplo del Reino Unido o de Australia, que esta es la práctica, y una de las maneras en la que se ha podido masificar este medicamento.

Por supuesto que en las óptimas condiciones posibles, lo mejor sería tener el genérico con la resolución sanitaria a nivel de Chile, pero ello es tremendamente difícil. Entonces, respecto de los usuarios que me consultan por la PrEP, y considerando todos los estudios clínicos, es una persona que ya está en riesgo, más cuando las alternativas que tengo son muy escasas; sin embargo, en este instante, esta es la alternativa que le puedo ofrecer, sin perjuicio de querer y poder formar un convenio con alguna farmacia para ofrecer un genérico que tenga la resolución sanitaria correspondiente en este país.

Respecto de la consulta de la diputada, este país, con el tema de la PrEP, se ha caracterizado por una desinformación tremenda. La verdad es que me da mucha pena porque siendo una

persona VIH positiva, que prácticamente hago este trabajo sin ningún tipo de retribución económica, prácticamente por amor al arte, solo he tratado de incentivar el tema porque lo aprendí en Australia y vi cómo funcionaba.

Luego llegué a un país donde no había nada; nadie tenía idea de lo que era Post (PEP), nadie tenía idea de lo que era la PrEP, de lo que era poder acceder a un genérico, etcétera. Ello, porque los usuarios de la PrEP están tomando el medicamento TavinEM sin resolución sanitaria acá, pero no lo compran a través de la manera correcta, que es traerlo de manera importada completando el formulario del ISP, sino que lo hacen por internet.

Entonces, lo que estoy tratando de hacer es enseñar a la gente que lo tome de manera correcta porque, por otro lado, no voy a andar diciendo que no lo ocupen; no sería realista.

Las ONG no están informadas sobre esta materia; no están comprometidas ni ha habido capacitación. Es más, cada vez que hablo sobre estos temas es como que hablara en otro idioma.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En algún momento de la presentación, por lo que nosotros hemos recogido de las organizaciones que han venido, la situación es que tampoco a ellos se les ha entregado la suficiente información.

El señor **FARIÁS**.- Es muy probable.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Entonces, no podemos hacer responsables solo a las organizaciones de la sociedad civil.

El señor **FARIÁS**.- Yo sí los hago responsables porque en esto solo basta con estudiar, leer e investigar.

Desde que llegué de Australia he tenido alrededor de 50 reuniones con las mismas organizaciones de la sociedad civil, que incluso se han sentado en esta mesa, y les he hablado sobre todas estas cosas.

¿Ustedes creen que alguien ha recogido el guante de lo que estoy hablando? ¿Alguien me ha dicho: sí, hagamos una capacitación o algo, incluso de manera muy tímida?

Es como que realmente les hablara en otro idioma. Es más, siempre digo que hay un conservadurismo de dos tipos: uno ideológico, porque la gente lo cree con convicción, y uno cultural, porque nunca se nos enseñó algo diferente.

Como dije, tengo 13 años de experiencia como activista y, cada vez que proponía que las ONG tenían que dedicarse al estudio e investigación, yo era ninguneado.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidente).- ¿Has solicitado información directamente al Estado respecto de la estrategia PrEP?

¿Cuál ha sido la respuesta?

El señor **FARÍAS**.- Absolutamente, permanentemente. De hecho, me está cooperando la Fundación Datos Protegidos.

Las respuestas siempre son asquerosamente parsimoniosas. O sea, estamos trabajando en un protocolo nacional, con un grupo de trabajo.

En esa línea siempre pregunto sobre el grupo de trabajo, quiénes son, si tienen conflicto de intereses, cuáles son sus cualificaciones curriculares. Estoy permanentemente solicitando información a través de Transparencia, de las redes asistenciales, de la salud pública, de los servicios de salud. El gobierno va a empezar con el tema de la PrEP, va a empezar con el medicamento Truvada, que vale 400 lucas, o vamos a tratar, por lo menos, de incentivar ese bioequivalente que sí tiene resolución sanitaria, porque lo que también tuve que entender, estimada Presidenta, durante todo este tiempo -algo que no entendía-, pero que hablando con algunos activistas comprometidos con este asunto, se concluye en que esto es un negocio. A mí me costó mucho entenderlo.

Incentivo el tema del genérico, porque no quiero verme envuelto en el negociado que supuestamente no sé cómo lo harán entre el gobierno y las farmacéuticas. No tengo idea. Hay que incentivarlo en las ONG y en los activistas. Hago un llamado público a que las ONG dejen de lado este conservadurismo que han tenido y sean abiertas.

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

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

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

-Se levantó la sesión a las 12.25 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ
Redactor
Coordinador Taquígrafos Comisiones

* * *

El debate habido en esta sesión queda archivado en un registro de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256⁴ del reglamento de la Corporación.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 12:25 horas.



CLAUDIA RODRÍGUEZ ANDRADE
Abogada Secretaria de la Comisión

⁴ Sin perjuicio de ello, está disponible el registro audiovisual en el siguiente enlace:
<http://www.democraciaenvivo.cl/player.aspx?STREAMING=streaming.camara.cl:1935/cdtvod&VODFILE=PR OGC015039.mp4>