

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 9^a, celebrada en lunes 27 de mayo de 2019, de 11.06 a 13.02 horas.

SUMARIO:

- Asistieron como invitados representantes de la red nacional de pueblos originarios, frente al VIH y el Director Ejecutivo de la Fundación Chile Positivo.

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: Jaime Bellolio Avaria, Juan Luis Castro González, Ricardo Celis Araya, Jorge Durán Espinoza, Marcela Hernando Pérez, Erika Olivera de la Fuente, Víctor Torres Jeldes.

Además asistió la diputada Karin Luck Urban en reemplazo del diputado Andrés Celis Montt.

III.- INVITADOS

Concurrieron como invitados los señores Iancu Cordescu, director ejecutivo de la Fundación Chile Positivo¹; Willy Morales, presidente de la Red Nacional de Pueblos Originarios Frente al VIH²; Tibor Gutiérrez, antropólogo³, y la señora Veney Aguirre, abogada⁴.

IV.- CUENTA⁵

Se dio cuenta de los siguientes documentos:

1.-Oficio del Ministro de Relaciones Exteriores, mediante el cual responde a la solicitud de la Comisión, en relación a los programas de retorno de ciudadanos extranjeros, especialmente haitianos, a sus países de origen y eventuales deportaciones. Sobre el particular, informa que el Ministerio no interviene en el proceso voluntario de repatriación de extranjeros, ni en expulsión judicial o administrativa, pues ambas materias son de competencia exclusiva del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (Responde oficio N° 014-2019).

2.-Correo electrónico en representación de la Clínica de Interés Público de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile a fin de requerir que sea invitada a esta Comisión para exponer la visión jurídica respecto a la protección del

¹ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=170836&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

² Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=170748&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

³ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=170749&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

⁴ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=170752&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

⁵ Los documentos de la cuenta se encuentran en el siguiente link:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=61123&prmTIPO=DOCUMENTOCUENTACOMISION>

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

3.- Correo electrónico del señor Armando Arjona, encargado del área de inmigración y VIH con diversidad sexual, mediante el cual excusa su inasistencia a la sesión por encontrarse con problemas de salud.

4.- Nota de la Bancada de Renovación Nacional, mediante el cual informan que el diputado señor Andrés Celis, será reemplazado en la Sesión por la diputada señora Karin Luck.

V.- ACUERDOS

1.- Agregar a la lista de invitados a representantes de la Clínica de Interés Público de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile a fin de exponer la visión jurídica respecto a la protección del derecho a la salud de personas viviendo con VIH, su vínculo con las políticas públicas que enfrentan esta pandemia en Chile y las deficiencias que esta Clínica ha detectado.

2.- Reiterar oficio N° 15, dirigido al Ministro del Interior y Seguridad Pública, señor Andrés Chadwick Piñera, sobre consulta respecto de programa de retorno de extranjeros y eventualmente las deportaciones a países de origen.

3.- Oficiar al Ministro de Salud, señor Emilio Santelices Cuevas, para que remita a esta instancia el “Estudio Comparado de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas en Chile”. Este informe se inscribió en el marco de las actividades impulsadas por el Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción; y de los Departamentos de Epidemiología y de Estadísticas e Información en Salud, de la División de Planificación Sanitaria, en el año 2017.

4.- Consultar al administrador de la sede del Congreso en Santiago sobre información de los protocolos de seguridad respecto de las visitas en el Congreso Nacional, con especial consideración a las revisiones de las vestimentas de personas con atuendo indígena.

5.- Resolver y acordar, en la próxima sesión de la Comisión, quienes serán los próximos invitados a esta instancia para así determinar una posible solicitud de ampliación del plazo para el cumplimiento de su cometido.

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 señorita **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).- En relación con la Cuenta, enviamos oficios al Ministerio del Interior y al Ministerio de Relaciones Exteriores. Por lo tanto, estamos esperando la respuesta del Ministerio del Interior.

Respecto de la segunda solicitud, habría que incorporarla a la lista de invitados.

¿Habría acuerdo en tal sentido?

Acordado.

A la presente sesión ha sido invitado, con el objeto de continuar su cometido y dar cumplimiento al mandato, el señor Carlos Lobos, presidente de la Fundación Chile Positivo, en cuya representación asiste el señor Iancu Cordescu, director ejecutivo.

Tiene la palabra señor Cordescu.

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

Quiero comentarles que el año pasado estuvimos presentes en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, donde presentamos los 19 puntos relevantes para identificar qué era lo que estaba sucediendo con el VIH.

En esta oportunidad, presentaré solo algunos aspectos que no han sido abordados en las presentaciones anteriores, porque hay suficiente información sobre datos epidemiológicos. Por lo tanto, queremos abordar otras temáticas que no han sido documentadas en esta comisión, específicamente respecto de los nuevos diagnósticos, aspectos sindémicos de la transmisión, vulnerabilidad de las personas que vivimos con VIH y los pasos hacia dónde debiésemos ir como país.

¿Quiénes somos?

Como fundación, nos constituimos el 1 de diciembre de 2016. Nuestro foco principal es la educación, porque creemos que a través de la educación podremos lograr cambios conductuales. Consideramos que el VIH es un problema conductual de la población, por lo tanto, hay que generar un proceso educativo que sea capaz de performar y transformar a la población. En ese sentido, tenemos cinco líneas de trabajo:

Acompañamiento. Tanto a las personas seropositivas como a su entorno.

Educación. Educación a nivel de prevención y en el caso de la persona recientemente diagnosticada. Sabemos que las personas que recibimos diagnóstico nos enfrentamos a la consejería de un profesional de la salud; sin embargo, el shock emocional nos hace olvidar todo lo recomendado en ese momento. Por eso, creemos que las organizaciones civiles tenemos un tremendo

trabajo en acompañar a las personas posdiagnóstico, hasta entrar al tratamiento antirretroviral, y luego al siguiente paso.

Incidencia. Incidencia política, es importante actualizarse. En 2014, Carlos y yo conformamos un equipo de investigación para las Naciones Unidas. Investigamos legislación y políticas públicas en 17 países y Chile era el país más retrasado en la región en relación con el VIH; 17 años era el promedio de retraso en esta temática.

En cuanto a las comunicaciones y al fortalecimiento institucional, en realidad, son aspectos internos de la organización.

En cuanto a algunos detalles, tanto lingüísticos como conceptuales, mencionados en presentaciones anteriores, hay algunos que creo que son importantes de clarificar.

El VIH no se contagia, sino que se transmite. Al hablar de contagio estamos errando en aspectos biológicos y replicando estigmas de discriminación. El contagio corresponde a un resfrío. Por ejemplo, al tocar una mesa me puedo contagiar de algún virus, bacteria o infección, pero el VIH se transmite solo de persona a persona. Esa es una condición muy particular del virus, que hace importante abordarlo no solo desde los aspectos clínicos, que el Estado realiza, sino también desde aspectos sociales.

Asimismo, las personas no somos portadoras. Una persona puede portar una chaqueta, puede portar una mochila, es decir, estamos asumiendo que portar algo implica llevar un peso y una carga emocional, moral y social que consideramos que no es pertinente. Somos personas con VIH, así de sencillo. No somos portadoras. Eso va a mejorar, también, la posibilidad de que las personas que vivimos con VIH nos empoderemos y podamos ir trabajando, en conjunto, en la erradicación de la epidemia.

También hay que tener en cuenta que VIH no es lo mismo que SIDA. El SIDA es solo una etapa, sin embargo, es importante hablar tanto de VIH como de SIDA. Un tercio de los diagnósticos que se dan en el país son en etapa de SIDA; es decir, estamos llegando tardíamente a esas personas. Es importante hacer esa distinción. En el caso del VIH podemos hablar de prevención, de atención, pero en el caso del SIDA se trata de personas que llegan tardíamente a los servicios de salud, que están superando ciertas barreras y están llegando en esa etapa porque hay alguna otra condición de salud que los hizo llegar a ese diagnóstico.

El VIH no es solo una cuestión clínica y educativa, sino que también es una cuestión social, económica, política y cultural, como veremos más adelante.

Nuevo diagnóstico no es lo mismo decir nuevas infecciones. La infección no tiene temporalidad y cuando hablamos de nuevos diagnósticos nos referimos al momento en que la persona recibió la notificación del Instituto de Salud Pública y en los últimos años ha habido un aumento de la notificación; es decir, de estos nuevos diagnósticos. Sin embargo, cómo hay un tercio de estas personas que siguen diagnosticándose en etapa SIDA, sabemos que la infección no se dio en ese año calendario, sino que pudo haber sido antes. Por eso estamos tan retrasados y

por eso estamos tan mal. Que las personas estén llegando en etapa SIDA es porque no están accediendo a los servicios de Salud de manera adecuada. Por lo demás, la prevención no está siendo focalizada en las personas con VIH, sino en aquellas que no viven con VIH, y ese es un error conceptual en la estrategia del Ministerio de Salud.

Un factor predictor sería la pobreza multidimensional. Más adelante mencionaré las relaciones causales de la pobreza multidimensional en la transmisión del VIH.

En cuanto a las determinantes en la transmisión, en primer lugar se encuentra la dimensión normativa, que específicamente habla de la protección legal, cuáles son las legislaciones y las políticas públicas que determinan la atención y acción en VIH. Asimismo, tenemos que hablar de las leyes sobre educación. La comisión investigadora puso el foco en lo que está sucediendo en educación, en que no se ha abordado suficiente, pero también nos parece pertinente hablar de protección social. Las personas con VIH son personas que están en vulnerabilidad específica, tanto así, que un montón de ellas no tienen seguridad económica y al no tener seguridad económica no tendrán plata para ir al consultorio, o al hospital a buscar medicamentos, o a los controles o a tomarse los exámenes. Si el paciente tiene uno o dos empleos, ¿en qué momento pedirá permiso para ir a los controles, si es que se lo comunica o no a sus empleadores? La protección social no significa solamente tener una batería de instrumentos del Estado para que la persona sea capaz de desarrollar su vida de manera plena, sino que también de hacerse cargo de su salud. Sin embargo, la protección social no está siendo abordada. No sabemos cuáles son las redes de protección social de las personas con VIH, porque es un aspecto que no ha sido estudiado nunca en el país. En segundo lugar, la dimensión cognitiva tiene que ver con el ámbito educativo y la cantidad de información que tienen las personas. Actualmente, los adolescentes y los jóvenes se informan especialmente por internet y sabemos que en internet hay un montón de horrorosidades respecto del VIH. Eso es informar mal. Que los adolescentes y los jóvenes se informen a través de internet y no confíen en sus profesores, en los docentes de la escuela, en la familia y que, además, estén replicando conductas de riesgo por medio de un semejante, es decir, con una persona con la que se relaciona diariamente, un compañero, un amigo, un vecino o vecina, implica que estamos replicando conceptos erróneos sobre el VIH, su transmisión y sobre la sexualidad. No tiene que ver solo con la cuestión clínica, sino también con la forma en que se desarrollan las emociones, la afectividad y el reconocimiento del cuerpo, además de que la identidad sexual de la persona se constituye a partir de la relación social que establece.

En tercer lugar, podemos mencionar a la dimensión actitudinal, que corresponde a la percepción que tienen las personas sobre el riesgo. El hecho de que hoy en día los adolescentes creen que el VIH le va a suceder a la persona que está al lado, pero no a ellos, significa que tenemos un problema de percepción. Además, hace referencia a las ideas erróneas que tenemos sobre el preservativo, como que el preservativo de consultorio es

feo, es malo, es grueso, no hace sentir, etcétera, son aspectos erróneos que tenemos sobre el preservativo. Además, no le damos la percepción de placer y de erotización al condón como una herramienta que se puede incorporar dentro de la práctica sexual y eso no se aborda desde el nivel educativo.

Por último, no hay concepción del autocuidado dentro de la educación, ni siquiera en los siete planes que tiene el Ministerio de Educación.

En cuarto lugar, la dimensión conductual corresponde al proceso de toma de decisiones que se acarrea de las tres dimensiones anteriores. Si tenemos un sistema legal y de políticas públicas que no da abasto para que las personas puedan acceder a los servicios de salud y prevención, si no tenemos educación sexual y si las personas nos seguimos informando a través de internet o con nuestros semejantes y no tenemos información adecuada, tomaremos decisiones erróneas. Por eso no estamos usando preservativos, por eso no estamos haciéndonos el test y no estamos tomando nuestros medicamentos. Somos un país experto en automedicarnos, pero al momento de hacernos cargo de nuestra salud, no somos responsables de ello.

En cuanto a los aspectos sindémicos sobre el VIH, son cinco. Primero, los factores biológicos, que están relacionados con la magnitud de la carga viral. El hecho de que en las sesiones anteriores se haya hablado de que las personas con VIH indetectable no transmiten el virus es muy importante, pero hay otros factores que están relacionados con la biología y el sistema inmunológico. Cómo se fortalece el sistema inmunológico a partir de las emociones, de la alimentación, del sueño, de la actividad física es muy importante para el VIH.

¿A qué hora irá una persona, que tiene uno o dos empleos, que trabaja doble turno, a buscar preservativos, si los consultorios y hospitales atienden de 8 a 5? Si ese adolescente o ese joven está estudiando en la universidad o en el colegio y tiene horario de 8 a 5, que es el mismo de los consultorios, ¿cómo pretendemos que los servicios de salud lleguen a las personas que se están infectando? Esos son errores conceptuales a nivel educativo y laboral que no estamos abordando para acercar el servicio de salud a las personas. Ya no basta con que el hospital esté y construyamos grandes instituciones que atiendan a las personas, lo que es razonable en caso de enfermedades catastróficas o urgencias médicas, pero estas infecciones que se dan a propósito de la conducta de las personas, por lo tanto, es el servicio de Salud el que debe acercarse a las personas. Debe llegar a los parques, a las plazas, a las discotecas, a los colegios y a todos los lugares en donde se relacionan las personas. Hoy las personas tenemos sexo en cualquier lugar, no solo en una cama. Tenemos sexo en las escaleras de los edificios, en los baños públicos, en las discotecas, en cualquier lugar. Es ahí en donde tienen que estar presentes los preservativos, lograr que la persona tenga acceso al preservativo en el lugar en que se relaciona es lo que debiésemos estar haciendo hoy.

Vivienda y movilidad es otro de los factores que inciden en la pobreza multidimensional, también es relevante a la hora de pensar en cómo estamos accediendo a los servicios de salud. Si

el servicio de salud no se va a mover y la persona es la que se debe mover al servicio de salud, ¿qué tanto acceso les estamos dando a esas personas en los servicios de salud? ¿Realmente estamos agilizando ese acceso, o les estamos poniendo trabas, si no tenemos la posibilidad de acercar el consultorio, el hospital o los medicamentos a las personas?

Por último, la protección social, que mencioné anteriormente. Al no tener conciencia sobre cuáles son las redes de protección social de las personas que viven con VIH, no sabemos cómo podemos abordar la adherencia al tratamiento. Lo abordaremos ahora en la vulnerabilidad de las personas con VIH.

¿Cómo quisimos abordarlo? Primero, con una encuesta. Hicimos encuestas a personas con VIH, les preguntamos sobre su calidad de vida y sobre la forma en que se relacionan con los VIH.

¿Qué encontramos en ellos? Un 32 por ciento de las personas diagnosticadas con VIH que contestaron esa encuesta fueron diagnosticadas con depresión, y un 28 por ciento con ansiedad, que son problemas o factores que inciden en la adherencia al tratamiento. Si una persona tiene depresión o ansiedad es probable que no esté tan relacionada con el medicamento y no tenga capacidad de adherencia, como podría tenerla una persona que no sufre esos problemas de salud mental.

Además, un 19 por ciento adquirió hepatitis B o papiloma humano, que son dos virus que también están aumentando muchísimo sus tasas de transmisión.

El 21 por ciento de las personas encuestadas consideró que su condición de VIH limitó su capacidad de realizar sus actividades diarias en los últimos 30 días; es decir, un quinto de las personas con VIH no puede desarrollar su vida diaria, ya sea laboral, educativa, familiar o social de manera normal, como sí pueden hacerlo otras personas.

El 38 por ciento se ha sentido estigmatizado o discriminados en su comunidad, con las personas con quienes se relacionan, y eso incide en cómo revelan su estado serológico.

El 17 por ciento fue estigmatizado y discriminado en los centros de salud, o por los profesionales que los atienden, un problema que también debemos abordar. Si una persona no confía en el profesional de salud que la está atendiendo en el hospital, ¿qué ganas va a tener de ir a buscar un medicamento todos los meses? ¿Qué ganas va a tener esa persona de asistir a consultas médicas cuando le toque un control? En tales casos, no existen motivos para que las personas sean adherentes al tratamiento y logren la indefectibilidad.

El 56 por ciento reveló su diagnóstico a su pareja o su cónyuge, 45 por ciento a los padres o hermanos; sin embargo, cuando trasladamos esa pregunta al área laboral, en relación con sus colegas o jefaturas, solo un 10 o 5,6 por ciento lo hizo.

Entonces, esas personas que trabajan y deben pedir permiso todos los meses para ir a buscar sus medicamentos a las farmacias o al hospital, que atiende de 8 de la mañana a 5 de la tarde, que es el horario laboral, deben buscar alguna estrategia para camuflar que deben ir a retirar sus

medicamentos, someterse a exámenes o asistir a controles médicos. De alguna manera deben hacerlo, porque no confían en sus jefaturas. La carga estigmatizadora y discriminadora del VIH está haciendo que las personas reserven cada vez más su diagnóstico y no lo revelen, lo que no genera lazos de confianza para que las personas sean adherentes al tratamiento y mejoren su calidad de vida.

El 21 por ciento de los encuestados no está empleado. Hicimos una encuesta a personas de entre 18 y 60 años, es decir, personas adultas laboralmente activas. Un 25 por ciento de quienes están empleados han tenido temor de perder su empleo y, si no tienen empleo, no tienen plata para pagar la locomoción para ir al hospital.

El 56 por ciento está en situación de inseguridad económica, es decir, no tienen plata para movilizarse, pagar cuentas o para comer.

El 12 por ciento se mudó involuntariamente y no tiene vivienda estable. El VIH no tiene territorialidad, cualquier persona se puede inscribir en cualquier hospital, pero es razonable que una persona que vive en la comuna de Estación Central se quiera ir a atender al Hospital de La Florida, porque sabe que ahí no lo van a ver, sabe que nadie va a revelar su estado de salud con su comunidad. Por eso, se esconde en otro hospital.

Entonces, si su vivienda queda lejos del hospital y no tiene plata para ir hasta La Florida, lo más probable es que esa persona también tenga problemas para acceder a los medicamentos.

El 34 por ciento ha sentido falta de alimentación adecuada. Nos estamos bombardeando con medicamentos, con al menos una pastilla todos los días, que es lo que se está entregando en la actualidad. Si la persona no tiene alimentación suficiente, se dañará el hígado, los riñones y su sistema en general.

El 22 por ciento está insatisfecho con su vida sexual, ya sea por revelar su estado serológico a su pareja, por conversar de VIH o de protección, o negociar el condón en la práctica sexual.

¿Cuáles son sus preocupaciones para envejecer? Las tres principales: la primera es que comienzan a manifestarse otras condiciones de salud asociados al envejecimiento. Todas las personas tenemos miedo de envejecer y eso puede generar otros problemas de salud, pero en esos casos la inseguridad es la segunda o tercera causal, incluida la cobertura en los gastos de atención de salud. Existen personas que creen que el tratamiento del VIH no va a ser gratuito, que no va a estar garantizado constantemente, lo cual genera inseguridad, al mismo tiempo que la toma de medicamentos sea de manera permanente y que todavía no esté disponible una cura. Que no exista investigación para ello es un tema de inseguridad para las personas con VIH.

Por último, hacia dónde debiéramos ir. Hay líneas ya establecidas. En 2016, la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas elaboró una declaración política sobre VIH, donde existen dos aspectos que nos interesa relevar. Primero,

la estrategia 90-90-90, que ya conocen; y segundo, que el 30 por ciento de los servicios de VIH debiesen ser administrados por organizaciones de la sociedad civil. Las instituciones y las organizaciones de la sociedad civil estamos preparadas para abordar problemas de VIH. Que eso sea abordado por la sociedad civil mejorará la adherencia al tratamiento, así como los canales de comunicación de las personas con VIH hacia la institucionalidad y las redes de protección social, porque podemos abordar con mayor especificidad las necesidades de personas con VIH.

Mantener la adherencia al tratamiento en las personas positivas es algo que ya se está logrando, pero no estamos logrando mantener negativas a las personas VIH negativas que no han sido diagnosticadas. Cuando una persona se hace el test, le dicen: "Vuelva cuando quiera, vuelva cuando se sienta inseguro, vuelva cuando haya tenido una práctica sexual de riesgo", pero no se trata de personas que estén adheridas al sistema de salud con controles sistemáticos y regulares, ni con acceso a preservativos, ya sea masculinos o femeninos. No estamos manejando activamente los plazos negativos, solo nos estamos enfocando en las personas positivas.

Eliminar el estigma y la discriminación, principalmente en lo social y en los centros de salud, es una tarea muy importante que debiese realizar el Ministerio de Salud, pero debe ir de la mano con educación. No basta con que esté regulado en la ley de infertilidad, necesitamos una ley especial de educación sexual integral, que cubra desde el nacimiento hasta la vejez, porque actualmente se invisibiliza a las personas mayores con VIH, se invisibilizan incluso las prácticas sexuales de las personas mayores, se cree que los viejitos no tienen sexo, cuando en realidad se trata de un segmento de población que incluso aumenta las tasas de transmisión de infecciones de transmisión sexual, y también de VIH.

Se requieren campañas permanentes con subtítulo que estén focalizadas en personas con VIH, para empoderarlas y liberar prejuicios. En la medida en que seamos capaces de que las personas positivas revelemos nuestro estado serológico y seamos capaces de afrontarlo, vamos a derribar el estigma y la discriminación. Si no, seguirá siendo una campaña focalizada en la prevención de las personas negativas y no vamos a abordar la realidad de las personas positivas, ni vamos a eliminar el estigma y la discriminación. Eso seguirá perpetuando que las personas no sean capaces de confiar en sus parejas sexuales, en sus familias, en sus empleadores, en sus colegas, en nadie; y de esa manera seguiremos replicando el estigma y la discriminación. Es allí hacia donde creemos que debiésemos ir en adelante.

Muchas gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Gracias a usted.

Tiene la palabra el señor Willy Morales, presidente de la red nacional de pueblos originarios frente al VIH.

El señor **MORALES** (don Willy).- Señorita Presidenta, nos falta una persona. Parece que hay que venir sin ponchos indígenas al Congreso Nacional, para que no nos tramiten tanto en la entrada.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Ahora?

El señor **MORALES** (don Willy).- Sí, es una recomendación que le doy. Un poncho o un trapelacucha de una mujer indígena no pueden ser motivo para que la investiguen más en la entrada del Congreso.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Qué pasó?

El señor **MORALES**.- Señorita Presidenta, nos piden que levantemos el poncho, nos preguntan de dónde venimos, quién nos invitó, etcétera. Es decir, no es el mismo trato que dan a nuestros hermanos chilenos, quienes tienen un libre acceso, para nosotros siempre hay un prejuicio antes de ingresar acá. Eso es una sugerencia.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Me parece que debemos preguntar qué pasó y pedir información al respecto. Este tipo de cosas no pueden seguir pasando, más allá de cómo venga vestida la persona, porque finalmente fue una discriminación a propósito de su aspecto.

¿Habría acuerdo para preguntar qué pasó?

Acordado.

Continúe, por favor.

El señor **MORALES** (don Willy).- Señorita Presidenta, se me pidió que hablara en español y no en la lengua madre, lo que se entiende ya que debería haber traductores, pero habría sido mejor hablar en mi lengua originaria sabiendo que se invita a los pueblos indígenas. Es necesario que hagamos esas prácticas, porque Chile firmó el acuerdo mundial de la lengua madre y acá no la puedo usar.

¿Quiénes somos? La Red Nacional de Pueblos Originarios (RENPO) es organización que está fuera de la política preventiva del Estado, y no hemos tenido participación con igualdad frente a la temática del VIH. Somos representantes de comunidades indígenas dos personas -las comunidades determinan a quiénes envían a tratar estos temas-; somos una organización legal con personalidad jurídica de corporación.

Hay barreras culturales en el Estado, el que está normado por unos cerebros que solo piensan en cuatro paredes y no en que somos un país diverso con diferentes realidades y formas.

Es necesario decir que nunca hemos estado en una campaña de prevención y cuando hemos solicitado estar tenemos que hacerlo con una demanda de por medio. En el gobierno pasado estuvimos una vez en una campaña y fue gracias a una denuncia que se hizo a la Unidad de Coordinación para Asuntos Indígenas (UCAI), oficina que intermedia entre los pueblos indígenas y todos los ministerios, por la no participación. Fue tanto el revuelo, que nos permitieron estar solo en un afiche, pedimos estar que sea intercultural, pero no se nos permitió. Esa es otra manera de invisibilizar a este grupo que, según el Censo, somos el 10 por ciento a nivel país.

Las instancias políticas sanitarias nunca han sido dirigidas, desde el año 2000 hemos presentado 17 recursos de protección

para visibilizar que no estamos incluidos en la política sanitaria del Ministerio de Salud (Minsal). Después de que Chile ratificó el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales nos quisieron escuchar un poco, pero siempre llegamos a un punto determinante que las campañas y las políticas sanitarias están determinadas para los chilenos y nosotros estamos en Chile, pero somos un grupo que pensamos diferente, y la Salud es diferente, tenemos nuestra propia salud, y el Estado no nos permite practicarla, sabiendo que hay normativas internacionales que obliga al Estado que respete estas culturas ancestrales.

Después de eso, el Minsal, a solicitud nuestra y de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (Conadi), creó un convenio de participación mutua, el cual nunca se hizo efectivo. En el gobierno del Presidente Piñera 1, el gobierno de la Presidenta Bachelet no los vamos a tomar en cuenta porque lo hizo el gobierno pasado, y nosotros estábamos al medio, a nosotros qué nos importa quién lo hizo, hay que hacerlo y hay que darle fruto, pero ellos veían algo más políticamente partidario que esta visión de participar en la información culturalmente apropiada.

Se realizó un estudio -y les pido a todos ustedes, diputados y diputadas que por favor lo soliciten- de pueblos indígenas VIH-Sida y tuberculosis (TBC), el cual después que se hizo, anduvimos cooperando con el estudio a nivel país. El gobierno determinó que no era bueno el estudio. Se nos informó, de manera no oficial, que el estudio demostraba abandono del Estado de Chile y que podía causar resquemor y más discriminación hacia los pueblos indígenas.

Hay un gráfico que determina que los indígenas mueren 3 veces más de VIH que el resto de los chilenos.

La imagen muestra el convenio que hizo el Minsal con la Conadi, a solicitud nuestra y de los 9 pueblos originarios.

El estudio que mencioné lo mandó a hacer la señora Ana María San Martín, quien era la jefa del programa de la época, pero como era un gobierno de una línea política, cuando asumió el otro dijo que no es bueno, pero para nosotros es bueno si demuestra que hay que entregar más información para poder atacar un problema que nos está matando, dado que los indígenas no llegan a los hospitales en estado de VIH, sino en etapa de Sida y en riesgo de vida. Es necesario que ustedes soliciten el estudio, puesto que a nosotros no nos quieren entregar el estudio y solamente hemos tenido información por debajo de la mesa. No es que los indígenas se estén muriendo o que haya más enfermos, sino que el estudio anuncia que hay un abandono del Estado de Chile.

En la imagen pueden ver que la diferencia entre los Aymara enfermos versus la población de Arica es mucha.

Vengo del pueblo Huilliche, donde se acusa que el turismo es grande, es fuerte. En Isla de Pascua el turismo extranjero llega en cruceros y al ver personas tan exóticas pagan 100 dólares por una relación sexual, sin condón 150 dólares, elije tú. Pero esta realidad no la quiere mostrar -y lo secuestró el gobierno pasado y este ministro ahora-, no la quieren dar a

conocer porque acusa el abandono del Estado de Chile para con los pueblos indígenas.

La presentación muestra el afiche donde salimos en la única campaña donde hemos participado sobre prevención en 2007. Los rostros son de los 9 pueblos originarios que participamos en esta red, no quisimos fotos con las imágenes de indígenas con plumitas paradas, no, queríamos rostros reales, colocarle rostro al Sida. Participamos en este afiche no gracias al Minsal, sino gracias a la Oficina de Asuntos Indígenas, la que prácticamente obligó al Minsal que debía incluirnos en las políticas nacionales.

Actualmente, la Oficina de Intermediación Indígena, que tiene relación con todos los ministerios, reconoció que hubo una omisión de parte del Minsal -se observa la carta en la presentación-, donde se reconoce que se les olvidó incluirnos en las campañas sanitarias.

En la última campaña del ministro actual, ¿vieron la participación de indígenas?

Tengo más de diez correos en los que exigimos la participación. Al respecto, ellos nos dicen que es para población focalizada, grupo focalizado. Nosotros les dijimos que tienen razón, que está bien, que así tiene que ser, pero lo que aquí se llama HCH en nuestra cultura se llama de otra manera, y esa otra manera viene a desarmar todo el esquema normativo de pensar y de no abrirse a un Chile más diverso.

El plan nacional al inicio del actual gobierno, cuando todavía estaba la señora San Martín, se trabajó con nueve pueblos, discutimos y llegamos al acuerdo de que nosotros podíamos capacitar en el programa nacional de Sida. Por ejemplo, hay que saber cómo traducir palabras como SIDA y condón, de tal forma de llegar de mejor manera. Sin embargo, el plan desapareció, y el actual ministro y sus asesores, como la señora Alejandra Houston, y el jefe de gabinete, tienen una visión racial de que en Chile solamente hay chilenos, cuando la verdad es que es un país multicultural, y nosotros no estamos participando, y ellos son los culpables.

Los culpo porque incluso hemos tenido reuniones en las cuales se generan actas, y nosotros pensamos una cosa, pero ellos piensan otra cosa. Es decir, no hemos podido llegar a un acuerdo porque no quieren entender que nuestro país es multicultural, multicolor y multilingüe, lo que le da riqueza a nuestra nación. Sin embargo, no lo quieren. Pero es necesario reconocerlo.

Con la siguiente lámina les quiero demostrar que hay violencia económica. El Minsal me invitó a la inauguración de la campaña. Les dije que iría, pero que vivo en la isla de Chiloé, y solicité el traslado. Me dijeron que no, que no tenían presupuesto para el traslado de personas, y que sugerían que tuviéramos internet para realizar una conexión.

Señores diputados, los cóndores y los huemules no tienen una antena de *wifi* en la cola. No es como en Santiago, que uno va a la Plaza de Armas y encuentra conexión *wifi*.

Chile, en sus extremos, todavía sigue incomunicado, lo que significa una violencia económica que nos coloca barreras para no tener participación.

Por último, a nosotros se nos obliga respetar las leyes de nuestro país; sin embargo, el Minsal no está respetando lo que determina la Corte Suprema.

Si hay una barrera en atención es con los señores matrones y las señoras matronas. En este sentido, la Corte Suprema, la Contraloría General de la República y la Corte de Apelaciones determinaron cuáles son los roles de cada uno, por lo que es necesario que se cumpla la ley, que se participe de la manera más eficiente, más cómoda y más amable, y no con la violencia que hemos sufrido los pueblos indígenas de parte de estos equipos de salud. Nos encuentran hediondos a humo, nos dicen por qué estamos tomando tal medicamento y no las pastillas, en fin.

Apelamos a las personas que están capacitadas y estudiaron para entender el ciclo vital, y este, según el máximo tribunal de justicia, está determinado en profesionales como las enfermeras. Ahora, si eso lo quieren cambiar, está en sus manos cambiar las leyes. Sin embargo, se nos obliga a respetar una ley, y nosotros queremos hacerla valer.

Tengo una mascarilla, que no usaré, para que ustedes vean que las personas con VIH no contaminamos, tal como lo expresó la presidenta del Colegio Médico.

Creo necesario que seamos amigos, o por último que nos peguemos patadas más suaves.

Es urgente que ustedes nos ayuden a ser partícipes de estas campañas; que se nos respete la visión de salud y enfermedad; que no vengan siete antropólogos, cien sociólogos y otros pocos psicólogos para determinar qué es la enfermedad para uno.

Señorita Presidenta, los invité a que sesionen alguna vez en territorio indígena para que puedan ver la realidad, que es distinta. No hay acceso. Por ejemplo, vivo en una isla, y para poder atenderme debo ir a otra isla. Entonces, prefiero viajar y atenderme en Santiago, cada dos meses, porque me resulta mucho más fácil.

Por lo tanto, lo que dice el señor ministro y sus asesores, respecto de que en el programa nacional hay acceso para todos, es mentira.

Estoy seguro de que el señor Ángel González es experto en atención, pero respecto de la oficina y la otra parte no sabe porque no conoce el territorio.

El ministro estuvo en Chiloé y nos ofreció el cielo, el mar y todo. ¿Y ustedes se han preguntado por qué no hemos participado en los test rápidos? Simplemente porque no podemos.

Ellos colocaron que tenían que ser organizaciones sin fines de lucro, pero la asociación indígena nos declaró con fines de lucro, por todo este comercio que se hace entre indígenas y que también es cultural, y hay que respetarlo.

Por tanto, en sus bases lo pensaron para los chilenos, pero no para el resto. El resto no cabe, no está en sus planes, y cuando estás ahí es por folclor, y yo no soy folclor. No considero que hago folclor.

Entonces, la última instancia de nuestra partición son ustedes. Hay indígenas que siguen falleciendo. Tenemos médicos indígenas que quieren atender más, y hoy nos acompaña una médico indígena que nos ayuda mucho para ingresar con dos terapias, en el sentido de que se respete la terapia indígena, pero también tomar la terapia huinca.

Es necesario y urgente que el programa se ponga en línea con la salud de los pueblos indígenas del mismo Minsal.

También es necesario que se escuchen unos a otros, que les pregunten a los grupos afectados.

No podemos darles números, señores diputados. No tenemos números. ¿Y por qué no tenemos números? Porque al Estado de Chile no les interesamos. Los únicos números que podemos darles -se lo hemos entregado a Onusida- es que tenemos 500 años de abandono por parte del Estado de Chile. Ese es un número que se puede ratificar, porque se puede ver y mostrar, porque no tenemos otros números.

A continuación, solicito se le dé la palabra a mi hermano antropólogo.

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

El señor **GUTIÉRREZ**.- Señorita Presidenta, de acuerdo con los protocolos indígenas, me corresponde, primero, saludar a las personas que nos acompañan y que representan a los distintos pueblos originarios que pertenecen a Renpo Chile. Además, saludo a Veney Aguirre, nuestra asesora legal; a Quepiu, nuestra médica mapuche; a Ruth Antipichún, de la Comunidad Adkin Tulen de Lampa, acompañada por su *chachai*, y a Nidia Flores, de la Comunidad Andina de Arica.

En relación con la cosmovisión indígena, solamente quiero señalar que para los pueblos originarios esta pandemia, denominada VIH-Sida, es una enfermedad foránea, extranjera, para la cual, en la naturaleza, no existe remedio.

Por eso, he elegido hablar acerca de la cosmovisión indígena y de cómo se percibe esta enfermedad en los pueblos originarios, en los nueve pueblos originarios que habitan nuestro territorio.

La cosmovisión es nada más y nada menos que una manera de observar el mundo, el tiempo, el espacio y la materia, y a partir de esa mirada se estructura la cultura.

Los nueve pueblos originarios de Chile, mapuches, aimaras, quechuas, coyas, diaguitas, lican-antai, rapanui, kawashkar y yagan, tienen la cosmovisión basada en el ser humano, el medio ambiente, la cultura, las relaciones sociales y el ambiente psicosocial, y todos ellos están relacionados unos con otros.

No se puede tener una parte sin considerar a la otra. Esto de hombre, cultura y sociedad, está representada como una estructura simbólica, simétrica, dual, basada en pares de oposiciones; refleja los puntos cardinales, el centro o rewe mapuche, como eje de un espacio ritual o matriz espacial; tres plataformas verticales, números sagrados, jóvenes y viejos, arriba y abajo, simbología y taxonomía de colores, fuerzas del bien y el mal; una concepción de los ciclos del año: primavera-otoño, invierno-verano; rogativas, sacrificios, ritos ceremoniales al sol y a la tierra: a la Ñuke (madre) mapu, la Pacha (tierra) mama y Te pito o te henua (tierra) en rapanui.

Esta medicina tradicional es integral, holística y comunitaria. Es un sistema biomédico y un sistema tradicional que está completamente integrado con la naturaleza. Este es un contexto cultural diverso de derechos individuales y colectivos, asociativos, y existe una reciprocidad con la naturaleza. Hay una defensa frente a la xenofobia, a la discriminación, al racismo, al rechazo, el desconocimiento, la asimetría, un lenguaje distinto, una asimilación cultural, una historia, una tradición, un concepto, un mito, una creencia, una costumbre y organización social.

Frente a todos estos aspectos de medicina tradicional versus sistema biomédico de la salud, los pueblos originarios han podido realizar un protocolo que incluye a especialistas, maestros, sabios, curanderos, (yatiris, coyiris, machis, taotes), que incluyen lectura de las hojas de coca, cuy, ritos a las Pacha, rogativas a los achachilas para conseguir salud, buena suerte, cosechas, prosperidad, curaciones, limpieza, muchas veces a través de los sueños.

Los chamanes mapuches están al otro lado, es decir, en el mundo de las tinieblas, de la oscuridad; un doble espíritu que se apodera de ellos y pueden transmitirle a la comunidad un mensaje "desde el otro lado".

Para la cultura occidental chilena, esto es magia. Machi es una bruja, es una persona extraña por el desconocimiento del contexto.

Los médicos indígenas curan las enfermedades del cuerpo con medicina natural. Son hombres de paz. Tienen la experiencia, la sabiduría y la filosofía propia de los pueblos andinos, llamados "amautas". Entre los mapuches se les denomina machis, sabios, kimches y curanderos. Los lawentuchefes son los depositarios de los secretos de la naturaleza y sostienen un equilibrio en la comunidad; utilizan una serie de elementos materiales, minerales, vegetales y también hierbas de la naturaleza para curar o sanar las enfermedades. Son su especialidad. Utilizan diagnósticos variados a través de la ropa, la orina o los "peumas" o sueños. Usan el tabaco, hacen aspersiones, fumigaciones, brebajes, cánticos, oraciones, masajes y percuten el kultrún chamánico y entran en trance.

Todo el grupo familiar y la comunidad convocan a los amigos y vecinos, y destaca la energía y convicción de que el enfermo va a sanar y no va a morir. La enfermedad es social.

En el caso del VIH, es una enfermedad extranjera, un "winka kutrán" o "wezá kutrán". No posee curación desde la naturaleza. Por tanto, el tratamiento debe ser combinado. No solamente el tratamiento químico-alópata, sino también las hierbas tradicionales para paliar los efectos de la enfermedad, que no es solo física, sino que emocional a través de la angustia, la ansiedad y la depresión. Estas últimas, denominadas enfermedades mentales de los huincas, es decir, de la cultura occidental o chilena.

Para los rapanui, en la polinesia chilena, la pandemia del VIH afecta a la comunidad entera, debido al sistema de parentesco familiar extendido. No basta con los ritos del Matúa Pua, sino que también está la ayuda afuera de la comunidad. La polinesia se atiende fuera de Chile en Nueva Zelanda, Tahití, Australia o Hawái y otras islas del Pacífico Sur.

Para los descendientes de los canoeros australes, yaganes y kawashkar, la situación de "exterminio", es más sensible aún debido a la ausencia de conocimientos de las medicinas tradicionales, la escasa población originaria y la pérdida de sus tradiciones. Una persona infectada con VIH es grave riesgo, debido a lo frágil de su existencia. No tenemos datos debido a la sensibilidad, el resguardo de la información y la nula existencia de políticas públicas con pertinencia cultural.

El caso denunciado en la austral Punta Arenas es prueba de ello.

Finalmente, a la luz de este diagnóstico sociocultural expuesto, quiero dejar de manifiesto la ausencia de políticas públicas en materia de salud "con pertinencia cultural".

En el caso de los pueblos originarios, es el mayor déficit de parte del Estado en esta materia.

Los sistemas biomédicos en la salud indígena tradicional, culturalmente inapropiados bajo la coexistencia de medicinas asimétricas, desconocidas, poco valoradas, produce inequidad y brechas de difícil acercamiento.

El trato discriminatorio, la escasa cobertura de salud, el caso de las islas, de los archipiélagos, de la triple frontera de Arica, y la falta de pertinencia cultural en relación a la temporalidad o migración estacional, la trashumancia, las veranadas e invernadas pehuenches; lo urbano y lo rural, establecen un contexto respecto del VIH para el cual los servicios públicos no están preparados.

En el acceso a centros comunitarios y de salud, las postas rurales, las rondas médicas, los Cesfam, los consultorios, policlínicos y hospitales, concretamente para los usuarios indígenas que deben tomar sus exámenes y realizar el tratamiento VIH, los test de muestra rápida, el lenguaje, los partos culturales, las barreras culturales propias de cada pueblo originario, las actividades de extracción económica asociativa, la fuente laboral, la estrategia productiva de sobrevivencia, la integración ecológica vertical de los pueblos andinos en donde el porcentaje de VIH ha sido el más importante en la última década, según las cifras y estadísticas oficiales

del Minsal. El uso de hierbas medicinales para mejorar la adherencia complementaria a los sistemas biomédicos de salud y tradicional es uno de estos efectos.

Desde el enfoque de derechos humanos, debemos respetar el derecho de cada usuario a utilizar la medicina tradicional propia, de acuerdo con su particular cosmovisión. Necesitamos campañas de difusión y sensibilización en donde esté presente la participación de los pueblos originarios. También se necesitan políticas de salud intercultural y dimensiones políticas que el Estado no ha querido reconocer.

La dimensión técnica es la falta de cobertura y la pertinencia cultural frente al VIH.

Muchas gracias.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra la señora Veney Aguirre.

La señora **AGUIRRE** (doña Veney).- Señora Presidenta, mi nombre es Veney Aguirre y soy abogada de profesión. Pertenezco al pueblo Colla, comunidad Pastos Grandes, de Copiapó.

Nosotros tenemos bastante normativas, leyes, resoluciones, decretos respecto de los pueblos indígenas y el VIH.

Pero resulta que tenemos un gran vacío, un vacío que está centrado en que tomamos a los pueblos indígenas como órganos intermedios, no como pueblos indígenas, lo que es un grave error, porque no son iguales al resto de la sociedad civil; no los podemos sopesar iguala que al resto de la sociedad civil. Si bien muchos integrantes de los pueblos indígenas se encuentran en ciudades o lugares en donde tienen acceso a todo tipo de comunicación, las personas más importantes de esos pueblos, los ancianos, quienes hacen que permanezcan las costumbres, están viviendo en sus comunidades. ¿Dónde? En la alta cordillera, en las islas o en partes alejadas, donde no es posible llegar con la tecnología que tenemos, no es posible llegar con todo lo que dice relación con la medicina. Con suerte llegan las rondas médicas, que dan lo justo y necesario en salud, pero no llevan un tratamiento retroviral ni nada que tenga que ver con el SIDA, porque tampoco están preparados. Incluso, en la Región de Atacama tenemos el caso de las empresas agrícolas, en específico las viñas. Para este caso, no tenemos gente que vaya a entregarles el tratamiento, hacer el test rápido o a ver si necesitan algo, porque la gente tiene tres meses para trabajar y en esos meses hacen la plata del año. Es lógico que no vayan. Después se van a otra ciudad, porque son itinerantes. Por lo tanto, hay mucha población que no tiene acceso cuando están enfermos de IVH.

Por tanto, toda nuestra normativa y nuestras leyes no sirven, porque no están enfocadas a este grupo de personas, que son diferentes en lengua, en pensamiento; son diferentes en cuanto a su vida y a su forma de ser. Tanto Willy como Tibor han hablado de la cosmovisión. Para ellos es un todo y no algo parcelado. Para nosotros da lo mismo el día y la noche, que haya un eclipse, o que haya más o menos lluvia, pero para ellos no es así y tiene su razón de ser. Esta enfermedad trastoca, en parte, todo lo que hay y si no se entrega la ayuda, el tratamiento y todo lo necesario, no hay nada que hacer.

Es más, si una persona enferma, de cincuenta o sesenta años va al policlínico o al hospital, si es hombre y lo va a atender una mujer, ¡las pinzas que se va a desnudar! ¿Por qué? Porque ¡cómo una mujer lo va a ver desnudo o sus partes íntimas! Al resto de los chilenos les da lo mismo, porque están acostumbrados desde chicos, pero ellos no y es motivo de vergüenza. Si le van a aplicar un tratamiento y esa persona – según ellos – no está calificada, porque no conoce sus costumbres, no sabe cómo habla, en definitiva, muchas justificaciones, no la acepta. Diferente sería si se entregara, de acuerdo con nuestra normativa, una especialización a la gente de los pueblos originarios validada por ellos, ya que así tomarían de mejor forma los tratamientos y las medicinas y estaría complementado con las propias medicinas de cada pueblo. Si tiene una mejor calidad de vida, tiene una mejor calidad de muerte. Pero así como está ley, la verdad es que los pueblos están invisibilizados; ese es el término que cabe usar. En Chile los pueblos indígenas están invisibilizados; no se les toma en cuenta para las campañas o se les considera a medias, a pesar de que es la población más frágil.

Según el último Censo, en nuestro territorio hay un poco más de mil yaganes, dentro de una población de 17 millones de personas. ¿Qué pasa si esa población empieza a mermar? ¡Va a desaparecer! ¡No podemos tolerar que eso suceda! Ya desaparecieron varios pueblos, y eso no puede seguir. ¡Dónde va a quedar nuestra historia! ¡Dónde va a quedar esa perspectiva de vida que no tiene el resto de los chilenos! Pareciera que no importa, pero hay momentos en que sí la miramos para el lado, cuando vemos que no tenemos ninguna otra salida; por ejemplo, con la medicina tradicional, miramos para el lado para ver si nos resulta. Eso es lo que interesa de ellos, no la enfermedad; la enfermedad fue producto de algo.

La legislación, tanto nacional como internacional, o sea los tratados internacionales, dan la posibilidad de que se tome en cuenta todo esto. Tenemos una serie de normativas que nos permiten dar tratamiento adecuado y atención de salud. En la ley, todo está enfocado en el tratamiento, pero se olvidan de la prevención. En la medida en que desarrollemos programas de prevención y los llevemos a cabo de buena forma, no vamos a tener enfermos o el número va a ser mínimo. La prevención siempre ha sido poca, incluso negligente. No se ha tomado en cuenta a este grupo de personas, que son importantes para el país. Siguen invisibilizados en cuanto a las campañas.

¿Cuáles son las interrogantes? ¿Qué medidas se han adoptado respecto del VIH, considerando la opinión y la participación de los pueblos? Hasta ahora, ninguna.

Incluso, voy a decir algo que a lo mejor Willy no dijo: ya no nos invitan a nada, y me consta. La última reunión que tuvimos con autoridades fue en septiembre de 2017, donde nos dijeron que nos iban a mandar los planes para la prevención e información respecto de todo lo que se iba a hacer en adelante; sin embargo, no hemos recibido nada. Es más, en la Región de Atacama se trabajaba bastante bien con la mesa de la Seremi de Salud.

¿Pueden creer que este año no ha habido ninguna reunión de la mesa de Salud Indígena? ¡Ninguna! Y estamos en mayo.

Entonces, ¿de qué forma estamos atacando esta pandemia? ¿De qué forma estamos haciendo cumplir la ley? ¿De qué forma, como Estado, estamos cumpliendo? Creo que es trabajo de ustedes, diputados y senadores, lograr revertir la situación, que esta vez se visibilice a los pueblos, que se les tome en consideración, que se vea su forma de vida diferente al resto.

¿Se ha considerado a los indígenas en todo su contexto o solamente como un integrante más de las organizaciones civiles? ¡No pueden ser iguales al resto! El resto tiene todos los medios a su favor: tecnológicos, económicos. ¡Todo! Ellos no, porque no pueden, porque no está a su alcance, no tienen los medios.

¿Se considera a los indígenas con los mismos recursos que el resto de la sociedad civil? Hasta ahora sí, pero no necesitan los mismos recursos, no están preparados de igual forma.

Esos son algunos de los graves problemas que tenemos como pueblo: no podemos llegar a todas partes, como quisiéramos. No podemos tener la misma medicina que todos tienen y, a veces, ella ni siquiera puede complementarse con la nuestra. Para nosotros son más importantes la hierbitas que las pastillitas; es parte de nuestra vida, de nuestra idiosincrasia y de nuestra cultura.

El derecho consuetudinario para los indígenas es el más importante, es el que nos dejaron nuestros antepasados y está asentado en nosotros. Para el derecho nacional, el derecho consuetudinario solo tiene valor cuando la ley se refiere a ello, para el indígena no. La ley indígena lo dice detalladamente: hay que respetar el derecho consuetudinario. Sin embargo, con mucha pena, debo decir que no ha sido así.

Si consideramos a los indígenas en iguales condiciones que el resto de la sociedad civil es porque ignoramos la realidad de nuestro país y solo consideramos a aquellos que viven en sectores urbanos. Su cosmovisión es diferente, predomina en ellos el derecho consuetudinario, su accesibilidad a los medios es limitada y no cuenta con facilitadores de su misma gente.

¿Por qué los facilitadores? Porque si se preparara y se capacitara a gente de los pueblos para entregar este tratamiento, para explicar a la gente mayor de qué se trata o qué es, la cosa sería diferente. No llegaría la gente de los pueblos indígenas a los centros asistenciales a última hora cuando ya no hay nada que hacer, cuando la enfermedad está declarada y no hay ningún tratamiento que sirva. ¿Por qué? Porque nadie tuvo el conocimiento como para decirles qué iba a pasar. Ese es el problema que tenemos ahora.

A lo mejor, en la gente joven es más fácil, pero joven hasta qué edad, quizá 25 o 30 años, porque de 40 están con toda la mirada indígena de sus padres, de sus abuelos y de sus ancestros.

Discriminación a aquellos que viven en sus comunidades y que solamente cuentan con las rondas médicas, las que -como he

dicho- van a entregar ciertos tratamientos, a tomar la presión, a ver si la persona está bien y si no dar la interconsulta para que la persona vaya. ¿Cuántas veces van? Una vez al mes. Cuando pueden subir a la cordillera, cuando pueden llegar a los lugares alejados. Ellos no tienen el acceso como para decir: "Hoy día yo tengo control con el médico y puedo ir al pueblo a tratarme.". No va a poder, porque si el camino está cortado, ¿cómo lo hace? No se puede pasar a caballo porque no hay un puente, ya que se lo llevó el río o si hubo un aluvión, por lo que la gente queda completamente aislada.

¡Creo que algo bueno que podrían hacer los diputados y los senadores sería darse una vueltecita de repente por esas partes! No es malo, y van a entender que las cosas son muy diferentes a cuando yo las hago en un escritorio.

Si yo me voy a la cordillera a ver a la gente cómo está viviendo, cómo son sus pensamientos, cómo es su forma de vida, voy a poder legislar mejor que como lo estoy haciendo ahora en estos momentos, porque no conozco la realidad, la que voy a conocer cuando se vaya para allá y cuando se está con ellos. Eso se los digo con bastante conciencia. A mí me dicen que hay un problema en tal parte y yo parto; voy y subo la cordillera y voy donde están ellos, porque va a ser la única manera en que yo los pueda ayudar, porque voy a conocer su realidad. Porque si yo estoy en mi oficina, podré tratar de ayudar mucho a mi pueblo, pero no voy a saber la realidad de ellos, no voy a saber de lo que me están hablando. Pero si voy, convivo y estoy con ellos, es lógico que mi mirada sea completamente diferente de la que tengo en estos momentos como abogado, ya que voy a poder defenderlos mejor.

En la lámina, tenemos la Constitución que dice que respeta los tratados internacionales y ahí tenemos los tratados internacionales. Corresponden a tratados sobre derechos humanos ratificados por Chile, que se encuentren todos vigentes. Pero, ¿qué sacamos con ello si finalmente es letra muerta?

La ley N° 19.779 establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana, dice que la prevención, diagnóstico y control. La prevención eso es lo primero, se tiene que prevenir para evitar, pero hemos visto que en las campañas de prevención dónde estamos, en qué parte o por aquí pasó. ¿Qué fue lo que nos dijeron en la última (campaña)? Que dentro de toda la gente que salía tenía que haber indígenas. Más de alguno debe ser indígena. ¡Sí! ¡Se presume! Sin embargo, para nuestra gente si no ven al indígena que ellos reconocen, dicen que esa publicidad no les sirve. No es para nosotros, es para los chilenos, pero no es para nosotros.

Corresponde al Estado la elaboración de políticas que, hasta ahora, han sido discriminatorias y para una parte de la población y no incluye a los indígenas.

El artículo 2°, la dirección y orientación técnica y todo lo demás, considerando la realidad epidemiológica nacional. La realidad y no lo que me dicen las encuestas o las estadísticas. Incluso, es más, cuando va algún indígena a un centro de salud

a atenderse no siempre le preguntan si es indígena o no. Por lo tanto, yo no tengo las estadísticas después.

El año pasado traté de buscar las estadísticas de cuántos niños enfermos de sida había en los hogares de menores y nadie me supo dar la información, porque no existía al respecto. No hay información. Pero ¿cómo no va a haber información de ello si los cabros chicos están ahí en el hogar! ¿Si no estamos hablando de tantos hogares tampoco! Pero no hay información. Entonces, ¿cómo se va a atacar eso si no tengo ni siquiera lo mínimo? Tengo la información global, pero no tengo la información de los indígenas.

Dice el texto: "Con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población.". ¿Políticas específicas que, hasta ahora, con los indígenas no ha resultado! ¿Por qué? Porque no existen, ya que son de la sociedad civil y no somos de la sociedad civil, pues nosotros somos diferentes.

Después, el artículo 6°, dice que el (Estado) deberá velar por la atención de las personas portadoras o enfermas con el virus. Deberán proporcionarse las prestaciones de salud que requieran. No se proporcionan, ya que hay que ir al hospital o al policlínico, pero, ¿si no se tiene los medios?

Fíjense que hay partes en que para sacarlos a la carretera les cobran entre 5.000 y 7.000 pesos. ¿Para sacarlos de la carretera! Y de ahí tienen que tomar la otra locomoción para ir al centro asistencial. ¿Y si no tiene ese dinero? ¿Se me muere! Más encima en esas partes los teléfonos satelitales no sirven ni tampoco los equipos de radioaficionados. Entonces están aislados. ¿Se cumple? No se cumple.

El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, etcétera, destinada, incluso, a la rehabilitación. Si no tengo la protección, si no tengo la prevención, menos voy a tener rehabilitación, porque eso sale más caro.

El Estado debe de proteger los derechos de los pueblos indígenas, adoptando medidas especiales para salvaguardarlas. Medidas especiales.

¿Se dan cuenta de que nuestra legislación protege a los pueblos indígenas? Pero en la realidad no se lleva a efecto, y así sumo y sigo. Y no sigo más porque me puede dar la rabia.

¿En las políticas de gobierno es prioritaria la prevención?

Hasta ahora no. Se han dedicado al tratamiento, se han dedicado a la enfermedad.

¿La pesquisa! ¿Para qué voy a pesquisar, si primero tengo que prevenir? Así no necesitaría pesquisar.

¿Se ha capacitado a pares validados por los pueblos en esta área? ¿Tampoco! Esto lo estamos pidiendo hace más de diez años. De hecho, lo hemos pedido a todas las autoridades de turno.

¿Existe comunicación entre las autoridades y las entidades representantes de los pueblos indígenas? ;Tampoco!

¿Cuáles son las medidas que se han tomado desde septiembre de 2017 a la fecha? ;Ninguna!

¿Están funcionando las mesas de salud? No hay ninguna mesa de salud funcionando en este momento.

Muchas gracias.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Agradecemos su presentación, señora Veney.

Tiene la palabra la diputada Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señora Presidenta, por su intermedio, saludar a todos los expositores y agradecer la cosmovisión que nos han entregado sobre este tema.

Soy representante de Antofagasta y este tema me hace muchísimo sentido, porque todas las personas no sabemos lo que no sabemos; por lo tanto, todos los días aprendemos algo.

Para mí este es un tema tremendamente familiar, porque cuando uno visita a los aillus se da cuenta de que no existe acceso a la salud, a la justicia ni a un lugar donde poder hacer una denuncia. Las personas de los aillus de mi región tienen que viajar hasta Calama. Por tanto, me parece muy pertinente que dentro de las conclusiones de la comisión esta materia sea un capítulo relevante.

Por otro lado, es una pena que no existan datos para hacernos una idea de cómo incide. A pesar de que existe el gráfico y ese estudio creo que debemos hacer un esfuerzo por tratar de conocer esa cifra y ver por qué el Ministerio lo desacredita, por decirlo de alguna manera.

Respecto de las cifras, sabemos que no las tenemos de la población de pueblos originarios. El señor Iancu Cordescu dijo algo que me quedó sonando, cual es que un tercio de los nuevos diagnosticados lo son en etapa de Sida.

Eso me parece gravísimo, porque estamos llegando a niveles de nuevos diagnosticados que son significativos y es terrible que estemos llegando tan tarde. Uno puede suponer que muchos van a ser diagnosticados en etapa de Sida, pero un tercio es demasiado. Por ello, me gustaría que el invitado ahonde en esa cifra.

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

El señor **TORRES**.- Señora Presidenta, por su intermedio, quiero agradecer las presentaciones de hoy, pues sirven para profundizar en conocimiento y en comprensión respecto de la realidad que viven muchos pacientes con VIH. También porque nos sirvió para en la situación de los pueblos indígenas, y no solo respecto del VIH.

Aquí tenemos un problema que es importante incorporar en nuestras conclusiones y que dice relación con la falta de diálogo entre el mundo de la medicina alópata y la mirada del pueblo indígena para enfrentar este proceso, quienes tienen una cosmovisión mucho más profunda que sentarse y tratar de juntar a un médico y a una machi. Es evidente que el tema tiene más complejidad.

En el caso particular del VIH, es necesario ver cómo mejorar las condiciones de accesibilidad, pero con un sentido de trascendencia que dice relación con la comprensión sobre cómo enfrentar el proceso de salud-enfermedad y todo el ciclo vital. No es una solución fácil, pero hay que hacerlo y de manera eficiente, porque de otra forma lo que va a ocurrir es que llegaremos tarde al diagnóstico y al tratamiento de muchos pacientes, lo que en algunos casos podría significar el exterminio de determinados pueblos.

La señora Aguirre señala que hay un poco más de mil Yaganes.

La señora **AGUIRRE** (doña Veney).- Sí, hay como mil trescientos Yaganes, de acuerdo con el último censo.

El señor **TORRES**.- O sea, estamos hablando de un pueblo que puede estar *ad portas* de su exterminio.

Entonces, hay barreras que debemos resolver a fin de evitar que eso ocurra. La idea es no llegar tarde, pero de manera eficiente.

Agradezco las presentaciones y no haré preguntas. Sería bueno contar con la información que entregaron en formato escrito. Hay que releer el contenido para tratar de colocar un acápite específico respecto de la situación que viven los pueblos originarios en Chile.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Me quiero sumar a las palabras del diputado Torres. También me llamó mucho la atención cuando mencionaron ese "tercio".

Le pido al representante del Ministerio de Salud que se refiera a esa cifra, porque es preocupante.

Por otro lado, señor Iancu Cordescu cuando comenzó su intervención señaló que había escuchado todas las intervenciones anteriores de esta comisión y que había aspectos que no se habían mencionado, los cuales tenían directa relación con el aumento de casos.

Le solicito que profundice el punto respecto de los aspectos fundamentales en este aumento.

Respecto de lo que planteó el señor Morales, me preocupa mucho el tema del estudio. También pido al representante del Ministerio que se refiera a ese estudio.

Sería pertinente enviar un oficio al Ministerio de Salud a fin de que entregue detalles de ese estudio. ¿En qué fecha se supone que se terminó ese estudio?

El señor **MORALES**.- Se lo envió, señora Presidenta.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿No tiene la fecha? ¿En cuál gobierno se hizo ese estudio?

El señor **MORALES**.- Se realizó durante el primer gobierno del Presidente Piñera, y fue desestimado al final del mismo gobierno.

En el segundo gobierno de la Presidenta Bachelet no se utilizó porque venía de la derecha.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Entonces, no hay antecedentes de ese estudio.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Morales, ¿sabe si lo hizo alguna universidad?

El señor **MORALES**.- No. Lo hizo una antropóloga con recursos del Minsal.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- ¿Sabe cómo se llama esa antropóloga?

El señor **MORALES**.- Sí. Yo tengo el estudio, pero sería una forma no oficial de entregárselos. Lo ideal sería que el Ministerio lo diga, porque nos les gusta decir la palabra indígena.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Me tiene muy preocupada este tema.

Señor Morales, le pido que averigüe las fechas para complementar el oficio.

¿Habría acuerdo para solicitar dicho estudio al Ministerio de Salud?

Acordado.

Por otra parte, el señor Morales se refirió a siete recursos de protección. No me quedó muy claro en qué línea iban.

Además, cuando invitamos al ministro a presentar el plan nacional de VIH él mostró fotos de la participación de algunos pueblos originarios en su elaboración.

Aprovechando que está el señor Jorge Acosta le pido que se refiera a ese plan que dicen que no se ha llevado a cabo y que no se trabajó con ustedes.

Tiene la palabra el señor Iancu Cordescu.

El señor **CORDESCU**.- Señora Presidenta, el tercio de estos nuevos diagnósticos que hacen en la etapa Sida dependen, también, de las condiciones clínicas que determinan qué es la etapa SIDA. Dependerá de la concentración de la carga viral en sangre y de la cantidad de linfocitos CD4 que tenga la persona, que son aspectos muy técnicos relacionados a la etapificación. Hablar de etapa SIDA indica que el sistema inmunológico de la persona está lo suficientemente deprimido o deteriorado y no es capaz de responder de la misma manera como lo hace el de una persona que no vive con VIH a las infecciones, virus, hongos, bacterias, etcétera.

Históricamente, las notificaciones de la etapa SIDA se han reducido. Hubo un momento en que superaba el 50 por ciento de las notificaciones y hoy se está un poco más abajo del tercio, de acuerdo a la última información que pudimos recabar del Instituto de Salud Pública, que es donde realizamos consultas

por ley de Transparencia, y estas notificaciones en etapa SIDA se dan por ingreso tardío al sistema de Salud.

¿Qué es lo que sucede?

Personas que saben que estuvieron en riesgo de adquirir VIH, que no quieren realizarse el test de VIH, puede darse porque no quieren ser reconocidos en los centros de salud o por lo engorroso que es hacerse el test.

El test rápido simplifica, en parte, el procedimiento, pero aún sigue siendo latoso y complejo, y el sistema de salud no está preparado para responder a ello. El año pasado se distribuyó el test rápido pero el sistema de salud no dio a basto: los profesionales no estaban preparados y los equipos de salud no sabían de qué se estaba tratando. Simplemente, el test rápido se puso dentro del sistema de salud y se realizó una campaña comunicacional, pero no fue suficiente, porque los profesionales, dentro del servicio de salud, no sabían qué hacer con los test y en la medida que tuvieran disponible el test.

El año pasado se entregaron 40 test por servicio de salud.

¿Qué hacer con 40 test para los cuatro meses que restaban del año?

Por consiguiente, el test rápido podría ser una solución beneficiosa a largo plazo. La tasa de reactividad que mencionó el ministro en su presentación del test rápido, es de 0,3 por ciento. Es decir, se está haciendo un montón de pruebas con el test rápido pero no son suficientes, porque no se está encontrando a las personas que tienen VIH.

Se están haciendo campañas y me hago responsable, porque nosotros también contribuimos a ello haciendo operativos extramurales -en la calle- aplicando test rápido de VIH para acercarlo a la población, para que lo conozca, pero es importante que desde ahora a un cierto tiempo se determine dónde debe focalizarse su aplicación.

¿Cuáles son las causalidades de los nuevos diagnósticos?

¿Cuáles son las poblaciones más vulnerables?

Las encuestas del Ministerio de Salud, la última encuesta nacional de salud, indica que las personas que están en los dos primeros quintiles son las más vulnerables a adquirir enfermedades transmisibles y eso está condicionado a la pobreza multidimensional. La pobreza multidimensional es un factor predictor para la adquisición de enfermedades transmisibles, y como el VIH es una enfermedad transmisible, estamos en posición de decir que dentro de la población que es más vulnerable algunas personas lo van a adquirir, pero no necesariamente se acercarán a un servicio de salud para obtener el diagnóstico, por las barreras -que mencioné- de acceso al servicio y de solicitud de hora. Si en el caso de aplicación del test de ELISA el tiempo promedio de diagnóstico desde que la persona realiza la primera consulta hasta que se diagnostica es de aproximadamente tres meses, ese es el promedio histórico, tres meses pasan desde que la persona solicita la aplicación del test hasta que el ISP le entrega la información diagnóstica, con el test rápido debería acelerarse el proceso, pero aún así, son meses en que el sistema inmunológico de la persona se está deteriorando, por lo que llegan a la etapa SIDA, etapa que se

estratifica cuando la persona se toma el primer examen de carga viral y el primer examen de CD4, lo que ocurre después del diagnóstico, después de que ingresó a Fonasa, que entró al sistema GES, que va a pedir la hora al hospital de referencia y luego de eso se hace el examen. Entonces, pasan varios meses. La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- No es menor el dato. Entonces en el momento previo del ingreso a tratamiento, no es la etapa diagnóstica misma. Porque puede ser una interpretación. A nosotros nos interesa manejar esos datos con certeza.

¿Habría acuerdo para oficiar al ISP para que nos entreguen los datos relacionados con esto que estas planteando? Es importante manejarlos con claridad.

Lo que expuso al principio fue que en la etapa diagnóstica el tercio ya estaba en la fase SIDA, y hoy, por lo que ha explicado, es en el proceso de diagnóstico al tratamiento, de ingreso al tratamiento.

El señor **CORDESCU**.- Señora Presidenta, depende mucho de la guía clínica, porque la actual recomendación es que la persona apenas esté diagnosticada comience el tratamiento.

En las antiguas guías clínicas las personas debían llegar a cierta cantidad de linfocitos CD4, bajo los 150 cel/ml CD4, luego, se subió a 350 cel/ml, pero ahora se considera comenzar el tratamiento desde que se realiza el diagnóstico. Aún así, no hay información que nos permita decir con certeza cuál es la realidad de la persona que está siendo diagnosticada.

Otros países, como Argentina o Brasil, apenas se le toma la muestra venosa a la persona para hacer la conformación diagnóstica, se mide la carga viral y el CD4. Pero acá pasan meses entre el momento en que se le realiza la confirmación y se toman los primeros exámenes para determinar en qué condiciones, en qué cuadro clínico está la persona. Por eso, el retraso entre la confirmación y el inicio del tratamiento, que hoy es inmediato, pero que antes era de varios meses o años, es lo que provoca que ese tercio de diagnosticados esté en etapa SIDA. También, una parte importante de las personas que reciben un diagnóstico de VIH no lo obtienen por consulta espontánea, sino por derivación de los médicos. Cómo antes se requería una orden médica para realizar el test, era necesario que un médico ordenara la aplicación del test a esa persona. Llegan por otra patología, porque el resfrío lo tuvieron por dos o tres semanas, etcétera.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Y sobre la última pregunta que hice, si puedes ser breve.

El señor **CORDESCU**.- Señora Presidenta, sobre la causalidad y protección social, como no hay información respecto de protección social y cruzando datos con la Encuesta Nacional de Salud de que las personas en los dos primeros quintiles presentan una mayor vulnerabilidad y son quienes más se diagnostican, y que prácticamente la mitad de los nuevos diagnósticos se dan en personas menores de 29 años, se puede proponer que es porque no tuvieron acceso a educación sexual o no tiene vinculación con los servicios de salud, vinculación que tiene que ir junto con el EMPA (Examen de Medicina preventiva) a las unidades de atención de salud sexual, pero

no hay información suficiente como para afirmar si están vinculados y que están recibiendo los preservativos o las medidas de prevención.

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

Tiene la palabra el señor Willy Morales.

El señor **MORALES**.- Señora Presidenta, la primera pregunta fue por qué los 16 recursos de protección.

Desde que nacimos, en el año 2000, nunca estuvimos en las campañas. O sea, en ese tiempo no teníamos el resguardo legal del Convenio 169, pero igual presentamos los recursos de protección para colocar e incidir en la temática de los derechos de los que en ese tiempo gobernaban y hablaban de derechos humanos, pues indirectamente no declaraban que nosotros, los indígenas, no éramos humanos, pues. Por lo tanto, no teníamos derechos. Fue así como incidimos en esas prácticas, para hacernos visibles como sujetos de derechos.

El único recurso de protección que salió, porque ya estaba vigente el Convenio 169, fue cuando estaba el ministro de Salud Mañalich, quien nos llamó y nos preguntó qué queríamos.

Le dijimos que lo que queríamos: rostros, caras, no dibujos, no ficción, como lo que está haciendo ahora el actual ministro de Salud, con dibujitos de jardines infantiles. O sea, eso es burlarse de la historia y de los compromisos que una vez asumieron.

¿La otra pregunta?

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- La otra tenía que ver con el estudio y ya el ministerio la entregó.

Tiene la palabra don Jorge Acosta.

El señor **ACOSTA**.- Señora Presidenta, seré breve.

En primer lugar, debo agradecer las exposiciones de cada uno de los invitados, que fueron bastante claras.

Respecto de las preguntas que se me formularon, quiero decir que dentro de los próximos días haremos llegar a la comisión uno de los oficios más contundentes, con las preguntas que nos habían hecho en distintas etapas, donde están detallados los exámenes realizados y casos confirmados con VIH positivo entre el 2010 y el 2018, que es el período objeto de investigación por esta comisión, respecto de lo cual ya se ha dicho públicamente que el 2018 se alcanzaron los 6.948 casos.

De lo que estaba revisando sobre el informe que le haremos llegar, encontré que no está detallado en qué etapa están las personas al momento de ser diagnosticadas y desconozco si se hizo esa evaluación, por lo que le agradecería al representante de la ONG que nos dio esos datos que nos haga llegar la información que él tiene para contrastarla con las estadísticas oficiales del Minsal y, también, hacerlas llegar a esta comisión investigadora.

En segundo lugar, respecto del tema del estudio, no estoy en conocimiento del informe a que hace mención el señor Willy Morales, así que les agradecería que la información que van a recibir nos la hagan llegar a nosotros para saber si fue un estudio que realizó o financió el Minsal para que se hiciera de manera externa, y cuáles fueron las condiciones que

determinaron que finalmente no se hiciera público, si es que fue así, porque tampoco manejo esa información.

Respecto de lo que había mencionado el ministro al inicio de la comisión investigadora, cuando sesionó en Valparaíso, el 9 y 10 de septiembre de 2016 se realizó una Mesa Nacional de Pueblos Indígenas en VIH/SIDA y Derechos Humanos, en la cual participaron varios representantes de las organizaciones que están hoy presentes.

También se han realizado otras actividades, la semana pasada, con organizaciones de la sociedad civil, donde se está analizando cómo avanzar hacia la próxima campaña nacional de prevención de VIH y SIDA. Quiero comentarles que participó, si bien no contamos con su presencia hoy, la señora Juana Cheuquepan, quien representa a la Asociación Indígena Kiñe Pu Liwen, que ha trabajado en La Araucanía y también en La Pintana, Región Metropolitana, donde hay una alta representación de la población con la que ella trabaja. Por lo tanto, si bien no han estado todas, sí ha habido una preocupación constante del gobierno para que en todas estas iniciativas formales participe la mayor cantidad posible de personas que representan a los pueblos originarios.

Presidenta, sería ideal, en un par de sesiones antes de terminar, recibir al director del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, Ángelo González, porque con él y su equipo -ya hemos tenidos varias reuniones de trabajo- hemos estado tomando nota de todas las consultas que se han hecho durante las sesiones, incluso algunas que han hecho los diputados en cuanto a los test rápidos, al flujograma de toma de exámenes con el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), a la actualización de los tratamientos antirretrovirales. Para nosotros sería muy bueno, una vez que se terminen todas las exposiciones y preguntas de los invitados, asistir a una sesión para responder cada uno de esos cuestionamientos, porque hay una respuesta para cada uno, además de agregar las impresiones que nos han hecho llegar los representantes de los pueblos originarios y de la sociedad civil -hago la distinción-, que hoy nos acompañaron.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Nosotros tenemos contemplado invitar a don Ángelo González; estábamos esperando avanzar más para recoger diversas inquietudes y plantearse las.

Con todo, mi deseo era que hubiese profundizado en la inquietud que presentó esta organización de pueblos originarios, por lo que esperamos que en la próxima ocasión, o cuando venga don Ángelo, pueda referirse en profundidad al tema.

Tiene la palabra el señor Willy Morales.

El señor **MORALES**.- Señora Presidenta, solamente quiero recordarle al señor del Minsal que la ley en Chile, cuando tiene que obligar, no habla de personas que representan algo, habla de nueve pueblos.

Cuando el ministro estuvo aquí y dijo que hizo actividades con nosotros, les quiero decir a todos que el ministro de Salud

miente. Él no estuvo en esa actividad en Conchalí, porque allí hicimos un encuentro entre indígenas: diversidad sexual indígena con diversidad sexual huinca; era un intercambio de información.

Cuando estuvimos en el Encuentro Nacional de Jóvenes Indígenas, en que fuimos invitados nosotros para hablar de estos temas, se nos ocurrió invitar al programa nacional, que en ese tiempo estaba a cargo de la señora Ana María, y el ministro se arrogó estas cosas como propias, pero esa es una gran mentira.

Ustedes vieron el correo, que es una violencia económica donde no pueden llegar, y solamente tienen que estar las personas que son representadas, lo que dice la ley. Aquí nadie te está quitando nada; la ley dice que tienen que ser representantes de los pueblos indígenas, y las comunidades no mandan a las personas que nos tienen que representar en estos temas. Creo que hay más racismo del que yo pensaba, finalmente.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Solicito un acuerdo de la comisión.

A todos les entregamos una carpeta con un listado de invitados. Hemos avanzado, todos los lunes hemos tenido nuestras sesiones, que han sido intensas y con buenas presentaciones.

Queremos que esta comisión sea un real aporte, no solo en la identificación de las responsabilidades políticas, sino también en ser capaces de proponer políticas públicas. Pero nos va a faltar tiempo.

Por eso, solicito el acuerdo de la comisión para pedir ampliación de plazo por noventa días.

Tiene la palabra el diputado Jaime Bellolio.

El señor **BELLOLIO**.- Señora Presidenta, comparto plenamente que el objeto es sacar conclusiones que permitan cambiar algunas de las cosas que hoy estamos haciendo mal.

Estoy cierto que varios de los expertos y varias de las organizaciones que han venido nos han dado muy buenos antecedentes, pero me parece que alargarla tres meses más es demasiado, porque ya tenemos al mismo tiempo otras comisiones.

Por ejemplo, la Comisión de Salud decidió no sesionar los lunes y alargar las sesiones de los martes hasta las nueve de la noche, por esta comisión. Entonces, noventa días más significa que tampoco podemos, en la Comisión de Salud, tener las dos sesiones que nosotros requeríamos para atender las múltiples solicitudes que tenemos.

Estoy de acuerdo con que pidamos ampliación de plazo, pero me parece que treinta días es una cuestión razonable. Además, no tiene por qué ser treinta, sesenta o noventa días, también pueden ser cuarenta y cinco. Entonces, si se hace un buen plan y vemos cuántas personas nos faltan y cuánto tiempo nos demoramos en hacer el informe final, encantando aceptaría, pero noventa días me parece que podría ser mucho.

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

La señora **OLIVERA** (doña Érika).- Comparto la opinión del diputado Bellolio, creo que noventa días es mucho, por lo mismo que argumenta él, que hay otras comisiones.

Por otro lado, es bueno ver cuántos invitados quedan y luego concluir: sumar y restar, y ver cuánto tiempo nos llevaría eso; pero ojalá acotarlo a treinta o cuarenta y cinco días.

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

El señor **DURÁN**.- Señora Presidenta, no estoy de acuerdo en prolongar más la comisión. En la Comisión de Salud tenemos muchos proyectos de ley que todavía que no se han podido discutir; es más, los días lunes debiéramos estar tratando los temas de la Comisión de Salud, los que también se han pospuesto, así es que no estaría de acuerdo en solicitar una prórroga del plazo.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Efectivamente, faltan invitados, y tratando de ser lo más amplios posibles, queremos invitar a todos los sectores a exponer, para que no quede nadie fuera, que es lo que ha pasado en este período de la elaboración de las políticas públicas en este tema.

Estamos hablando de una pandemia, e investigar diez años de gestión quizás fue muy ambicioso pero necesario a la vez.

Entendiendo la complejidad del tema, nosotros sentimos la necesidad de extender el plazo. Si la comisión no estima conveniente noventa días, podrían ser sesenta; me parece que igual podría estar dentro de lo que la Mesa podría aceptar.

Si no lo quieren resolver ahora, lo podemos resolver el próximo lunes, pero los invito a que entiendan la dimensión de la problemática. Hay mucha necesidad, no solo de las organizaciones sociales, sino también de expertos que desean venir a exponer. De hecho, hoy mismo llegó una solicitud adicional de personas que quieren participar.

El desafío que nos hemos planteado, cuando pensamos en la creación de esta comisión, era no tener que hacer una segunda el próximo año, y una tercera el subsiguiente, entendiendo la dimensión del problema sanitario que tenemos hoy en nuestro país.

Si conseguimos que esta comisión logre sus expectativas, cumpla con lo que nos hemos planteado en el mandato, no será necesario volver a levantar otra en un par de años.

Hagámonos cargo de esta problemática, démonos un par de meses más para poder zanjar y profundizar bien el tema. Que nadie diga que no fue invitado, que fue marginado de exponer en esta comisión.

Entiendo a todos; aunque no oficialmente todavía, también participo en la Comisión de Salud y entiendo la apretada agenda que tiene, pero el tema que nos convoca está vinculado ciento por ciento con materias propias de la Comisión de Salud. De hecho, más del 50 por ciento de quienes integramos esta

comisión investigadora participamos en la Comisión de Salud, y el año pasado este también fue tema constante en dicha Comisión y, por el aumento preocupante de este problema, nos vimos en la necesidad de crear esta comisión investigadora.

No zanjemos ahora el acuerdo, dejémoslo para el próximo lunes. Denle una vuelta; pero, con el tiempo que nos queda, no podremos recibir a todos quienes tienen interés en aportar en la definición y esclarecimiento de este tema tan preocupante. No podemos volver a equivocarnos y, al menos, que no nos sintamos responsables de no haber dado luces a nuestras autoridades actuales para buscar alternativas de solución. Creo que por ahí va el camino; quizá no les vamos a resolver la creación de la política pública, pero si les podemos dar luces que les muestren el camino.

De hecho, tenemos que volver a invitar a la ministra de Educación, a propósito del anuncio de la educación sexual para los niños de 5° básico. Así se van sumando temas en la misma línea que es necesario conocer en esta comisión.

Colegas, les pido que le den una vuelta y que lo zanjemos el lunes, para poder avanzar.

Antes que se acabe el tiempo, pido el acuerdo para prorrogar por cinco minutos el funcionamiento de esta comisión.

Acordado.

Tiene la palabra la diputada Erika Olivera.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señora Presidenta, entendemos perfectamente la necesidad e importancia de este tema. En eso estamos todos de acuerdo.

Es importante que el próximo lunes definamos con claridad los invitados que restan, porque, si se siguen sumando, tendremos que volver a pedir prórroga y creo que esa no es la idea.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- No hay problema.

Acordado.

Tiene la palabra la diputada Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señora Presidenta, el Ministerio de Salud, que yo sepa, tiene un encargado de salud indígena o de pueblos originarios. Me gustaría saber quién es la persona que está desempeñando ese cargo en el Ministerio, de manera que pueda acompañar al Ejecutivo, la próxima vez que venga, para que nos dé su visión de cómo se está tratando este tema.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señor Acosta, ¿nos puede dar ese contacto?

El señor **ACOSTA**.- Señora Presidenta, me haré cargo de la solicitud de la diputada Hernando.

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

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

-Se levantó la sesión a las 13.03 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 256⁶ del reglamento de la Corporación.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 13:02 horas.



CLAUDIA RODRÍGUEZ ANDRADE
Abogada Secretaria de la Comisión

⁶ 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 OGC015073.mp4>