

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 10^a, celebrada en lunes 3 de junio de 2019, de 11.06 a 13.10 horas.

SUMARIO:

- Asistieron como invitados representantes del Colegio de Enfermeras de Chile A.G.; Coordinadora red migrante; Clínica de interés público de la Universidad de Chile; y ONG VIHDA.

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, Andrés Celis Montt, Ricardo Celis Araya, Sergio Gahona Salazar, Marcela Hernando Pérez, Erika Olivera de la Fuente, Patricio Rosas Barrientos y Víctor Torres Jeldes.

Además asistió la diputada Karol Cariola Oliva en reemplazo de la diputada Marisela Santibáñez Novoa.

III.- INVITADOS

Concurrieron como invitados la presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile, María Angélica Baeza¹; el encargado del área de inmigración y VIH de la coordinadora Red Migrante, Armando Arjona²; en representación del director de la clínica de interés público de la Universidad de Chile, Elías Jiménez³; el presidente de la ONG Vihda, Pablo Donoso; su director ejecutivo, Paulo Melipil, y la directora jurídica de la misma ONG, Nathalie Aliste⁴.

IV.- CUENTA⁵

Se dio cuenta de los siguientes documentos:

1.- Oficio del Instituto de Salud Pública, mediante el cual responde a la solicitud de la Comisión, en relación al detalle del trabajo realizado desde el año 2010 a la fecha, en materia de estudios de investigación relacionados con el VIH/Sida. Sobre el particular, informa que el Instituto realiza una labor de apoyo técnico al Ministerio de Salud, además de cumplir con las labores que han sido encomendadas por ley. Adjunta documento, que fue remitido a los correos de los señores y señoras diputados (as). (Responde oficio N° 005-2019).

¹ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=171626&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

² Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=171564&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

³ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=171627&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

⁴ Acompañaron su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=171565&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

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

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

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

V.- ACUERDOS

1- Citar a la señora Marcela Cubillos, Ministra de Educación, para la sesión que se celebrará el día 17 de junio, bajo el apercibimiento del artículo 54, inciso sexto, de la ley orgánica constitucional del Congreso, en conformidad al artículo 10, de la misma ley orgánica.

2- Sesionar los días 10, 17 y 21 de junio, de 9:30 a 13:30 horas.

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 señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Con el objeto de continuar su cometido y dar cumplimiento a lo encomendado en el mandato, asisten a esta sesión la señora María Angélica Baeza, presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile; el señor Armando Arjona, encargado del área de inmigración y VIH de la coordinadora Red Migrante; el señor Elías Jiménez, en representación del director de la clínica de interés público de la Universidad de Chile; el señor Pablo Donoso, presidente de la ONG Vihda; el señor Paulo Melipil, director ejecutivo, y la señora Nathalie Aliste, directora jurídica de la misma ONG.

Como asisten cuatro organizaciones, en beneficio del tiempo vamos reducir las exposiciones lo que más se pueda.

Tiene la palabra el señor Armando Arjona.

El señor **ARJONA**.- Señorita Presidenta, muchas gracias por la recepción. Me acompaña Rodolfo Noriega, quien también es parte de la coordinadora y un activista con mucha experiencia en términos de migración.

Haré una presentación rápida sobre la coordinadora, que es una organización sin fines de lucro que trabaja por la defensa de los derechos humanos de la población migrante, sin importar su sexo, género o adscripción política. La coordinadora apoya a todas y a todos, sobre todo en estos momentos, en que la migración es un tema supremamente importante en el Chile actual.

La coordinadora aglutina a 72 organizaciones o colectivos a lo largo de Chile. Ha realizado varios encuentros nacionales, en los que se ha realizado un diagnóstico general de la situación de las y los migrantes en relación con las políticas públicas, no solo en el territorio chileno, sino también en otros territorios hermanos de Sudamérica y de América Latina en general.

Para nosotros y nosotras es muy importante tener claro que la migración es un derecho fundamental. Nadie es ilegal; hay muchos tipos de migraciones. Existen estatus de irregularidad, pero que también responden a un fenómeno mundial. Consideramos a la comunidad migrante con derecho a educación, salud, vivienda, trabajo, pensiones, ya que como migrantes también somos un aporte para la sociedad chilena en general.

Existen desplazamientos constantes. La migración no se va a detener en ningún país y en ningún momento, y así como nosotros somos migrantes y aportamos a las diversas sociedades en que nos encontramos, también somos acreedores de derechos,

independientemente de nuestro estatus migratorio, ya que Chile ha firmado convenios internacionales en los que se resguardan las condiciones no solo de dignidad, sino de acceso a trabajo, vivienda, salud, educación, etcétera, y realizamos actividades en defensa de derechos humanos de las y los hermanos migrantes.

La situación actual de la migración en Chile en relación con el VIH ha sido un poco delicada, sobre todo por el manejo que se le ha dado en las redes sociales, en las que se ha estigmatizado la migración. Es común escuchar comentarios en la calle y en los medios impresos, así como en redes sociales, de que los migrantes venimos a quitarles el trabajo a los chilenos, por ejemplo, o que venimos a traficar drogas, o que nos han sexualizado y racializado, dependiendo de nuestro origen.

Por ejemplo, las compañeras colombianas que son sexualizadas, o los compañeros haitianos, a quienes se les restringe su actividad y su experiencia a trabajos rudos o de limpieza.

Eso también ha afectado en el tema del VIH, sobre todo por su aumento en el país. El manejo por parte del Estado no ha sido el más adecuado, sobre todo en meses anteriores, en que el ministro de Salud, Emilio Santelices, dio una noticia con poca prolijidad, según consideramos nosotros, en la que mencionó que el VIH en Chile ha aumentado porque hemos aumentado los migrantes. Si bien es cierto han aumentado las cifras de VIH, como veremos más adelante, también lo es que existe más presencia de inmigrantes. Y ahí es donde referimos que existe poca prolijidad en sus anuncios respecto de cuáles son casos nuevos, cuáles de esos casos corresponden a migrantes con falta de medicamentos y en cuántos casos hubo transmisión aquí. Esos datos no los dio, más bien arrojó un tema mediático que nos afecta directamente.

También es importante considerar que la ley N° 19.779, sobre el VIH, estipula en su primer artículo la asistencia libre y el acceso igualitario a los derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, lo que constituye un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional.

Es importante considerar no solo el tema sanitario, sino además el cultural y social, en términos de que el último estudio al cual tuvimos acceso en relación con estudios de prácticas sexuales en migrantes es de 2005, año en que las comunidades peruana y argentina eran las más significativas en Chile.

No tenemos información, por lo menos accesible, de cuáles han sido las nuevas rutinas y comportamientos sexuales de los extranjeros, ya que contenemos estructuras culturales y sociales distintas. También es importante considerar el uso de preservativos, el acceso a los sistemas de salud, etcétera.

También ha habido declaraciones sobre VIH-SIDA referidas a Estados miembros de Naciones Unidas, del cual Chile es parte, sobre el desarrollo de estrategias nacionales, regionales e internacionales que faciliten el acceso a programas de prevención de VIH a los trabajadores migratorios y a las

poblaciones móviles, sobre todo en zonas de fronteras. Es decir, existen menos datos sobre los índices de personas que viven con VIH en las fronteras, por el tipo de migración que se realiza ahí.

Hace poco salió en las noticias que se desmanteló una red de tráfico de migrantes orientales y eso, por supuesto, podría implicar trata: a quiénes se trafica, bajo qué condiciones y cuál es el acceso a sus cuerpos en términos de sexualidad; seguramente fueron abusados. ¿Qué sucede con esas personas en relación con el VIH?

Eso forma parte de los riesgos que existen en los procesos migratorios en Chile, no solamente es el tráfico, sino también tiene que ver con abusos sexuales, con la forma en que se está previendo aquello y también, por supuesto, con las políticas migratorias que tiene Chile.

Ese tema está contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que insta a que se desarrollen programas regionales y específicos con población migrante, lo cual es supremamente importante para nosotros.

Otro aspecto que quiero destacar es que también se debe atender a las condiciones psicológicas y emocionales de los migrantes, sobre todo cuando se encuentran en condiciones irregulares o de trata de personas.

Es importante considerar también que no importa el estatus migratorio. Todos tenemos acceso a la salud, sobre todo en relación con el VIH y con las condiciones que tiene Chile en relación con esa pandemia. Esas son algunas alertas que como coordinadora queremos relevar.

En diciembre de 2018, en la Dirección General de Asuntos Consulares, Inmigración y de Chilenos en el Exterior del Ministerio de Relaciones Exteriores, estuve exigiendo la realización de exámenes de VIH ante distintos consulados de Chile en el extranjero para la tramitación de visas de trabajo -eso también salió en los diarios-, sobre todo a la población venezolana.

De hecho, tuvo que entrar ONUSIDA para que Extranjería expidiera un error público, porque cometieron un error al pedir exámenes de VIH en la tramitación de visas de trabajo. Sin embargo, para eso pasó un mes o un mes y medio, ¿cuántas personas que estaban viviendo con VIH no pudieron entrar al país en ese momento o que, estando en Chile y queriendo regularizar su situación, no lo pudieron hacer? Eso generó una barrera dentro de las redes sociales que señalaba que "tú no puedes entrar a Chile si tienes VIH", barrera que duró alrededor de un mes. Fue muy grave, porque hay migraciones que son desplazamientos -en el caso específico de Venezuela- que se realizan por condiciones políticas y de salud existentes ahí. Muchos compañeros migran porque no hay medicamentos en Venezuela. Esto tiene que ver con el derecho a la vida y tener ese tipo de prácticas es una violación a la vida, porque ponen en riesgo a muchas personas, personas que lo que quieren es

mantenerse indetectables en el caso que así lo estuvieran, o continuar sus tratamientos.

Por lo tanto, esa situación nos pareció muy grave. Y aunque se retractaron, no tenemos información de medidas reparatorias. Nos enteramos por los diarios y por algunos casos que se han acercado, que no pudieron ingresar, pero ¿cuáles son las medidas reparatorias para las personas a quienes les negaron las visas, porque vivían con VIH? ¿Cuál es la actitud que ha tomado el Estado, en ese sentido? Consideramos que es importante, en caso que hubieran existido medidas reparatorias -ya que consideramos que fue una violación al derecho a la vida por las condiciones específicas de Venezuela- conocer cuáles son esas medidas y no solo que digan: lo sentimos, cometimos un error. Eso, por un lado.

Posteriormente, en febrero de 2019, el ministro Santelices atribuyó el alza de contagios de VIH a los migrantes, lo que generó una ola de estigmatización -condición que ya tenemos los migrantes en Chile- que no ayudó en mucho. De hecho, hubo algunos trabajos donde pedían el test de Elisa; solicitaban que llevaran el certificado del consultorio o de la clínica donde se habían hecho el examen para poderlos contratar, porque el ministro Santelices realizó ese comentario. Es decir, al comentarlo permite a la sociedad hacer cierto tipo de cuestionamientos que limitan aún más el acceso a mejores condiciones de vida de los extranjeros en Chile que, dadas las políticas migratorias y el trabajo, de por sí ya son complicadas, y aún más la estigmatización y criminalización. Incluso, un mes después, el ministro Santelices reiteró los dichos, y si bien los casos de VIH en Chile habían aumentado, ese aumento ha sido en contextos y particularidades que no explicó, pero los datos que tenemos, aunque no los tenemos todos, indican que la gente de Venezuela, que es la que ha aumentado más los datos estadísticos de VIH, sobre todo en la región Metropolitana, ha sido porque ya venían con un tratamiento. Entonces, esto limita muchas condiciones de vida dentro del país.

Ante eso, lo que hicimos fue sacar un comunicado por parte de la Coordinadora pidiendo información sobre cuáles son los niveles de nuevos casos, cuáles son los casos que ya estaban viviendo con VIH y de dónde se obtuvo esa información, pero aún no hemos obtenido respuesta.

Realizamos conversatorios de VIH y Migración con ayuda de la seremi de Salud de la región Metropolitana, del Colegio Médico y de ICW; se repartieron preservativos femeninos, masculinos, etcétera, y se ha hecho un sondeo con la población migrante que vive con VIH y que está interesada en testearse.

La población migrante también quiere hacerse cargo. La Coordinadora, como una organización que trabaja en pro de los derechos humanos de las migrantes y los migrantes, también quiere hacerse cargo de esto, pero hay mucho desconocimiento y miedo al respecto.

Las cifras que dicen relación con el aumento de los casos seguramente ya las conocen, por tanto, no me voy a detener ellas, sino que voy a pasar a algo que consideramos muy importante y de lo cual el ministerio de Salud no tiene datos

ni siquiera de la población chilena, y es que el VIH está concentrado en hombres. Es cierto, existen casos de mujeres, pero no hay un estudio socio-comportamental, por ejemplo, de los hombres que tienen sexo con hombres, de cuáles son las nuevas prácticas sexuales y cuáles son los espacios en los que se realizan, donde también se incluye a los migrantes como generadores de nuevos espacios. Y esto nos preocupa mucho, porque la campaña de VIH que ha emprendido el gobierno te invita a testearse, pero testearse no es prevención. Tiene que haber una campaña de prevención acorde con los contextos culturales de las poblaciones que existen. ¡Ojo!, es muy importante considerar que en otros países de América Latina, como Colombia, Costa Rica, México -que de a poco han ido bajando los niveles de VIH- han hecho campañas específicas, porque el VIH es una epidemia concentrada.

Entonces, no sirve de mucho tener campañas nacionales en las que integran a toda la población, porque no van a tener el mismo efecto que las campañas específicas.

¿Qué sucede, por ejemplo, con las campañas de VIH en relación con la población haitiana, donde la mayoría es evangélica? ¿Cómo llegamos a ellos? No hay una propuesta del gobierno al respecto. ¿Cómo hacemos eso? ¿Cómo adecuamos los contenidos para esa población? Si se hacen campañas generales no vamos a disminuir los casos; al contrario, van a aumentar, porque se genera mayor confusión. Es más, hay población migrante que cree que, porque ya se testeó, está prevenido. No es así; pero no se les puede culpar, porque esa es la información que nos da el gobierno, y es preocupante.

En esta lámina de la presentación se muestran unos datos de 2017 y 2018 de la seremi de Salud únicamente de la Región Metropolitana. Efectivamente, en la primera tabla de 2017 hay 3.592 casos, que corresponden al ciento por ciento de los casos, de los cuales 71,8 por ciento pertenece a la población chilena, y en 2017, el 8,8 de la población era venezolana que vivía con VIH; de ahí siguen Haití y Colombia, poblaciones de las que más se tiene registro.

Insisto, estos son únicamente casos registrados por el Instituto de Salud Pública, hay un montón de casos de los que nada sabemos; incluso, hay migrantes que no conocen su estado serológico, sobre todo, las que pasan de manera irregular, porque a veces tienen que transar -eso también está documentado, sobre todo en el caso de la mujeres- el paso de cualquier frontera a través de relaciones sexuales con bandas organizadas -eso tampoco es nuevo-, que exponen, dada la forma cómo migran, su salud en relación con el VIH, pero no lo saben. En 2018 hubo un repunte, en términos generales. Vemos que disminuye un poco la población chilena y aumenta la población venezolana en materia de VIH. Para nosotros, como Coordinadora, es muy importante que desde el Ministerio de Salud se hagan programas específicos para la población venezolana, porque sabemos cuál es la situación en términos de derechos humanos, acceso a la salud y política en Venezuela. Muchos de los venezolanos que migran lo hacen porque no tienen medicamentos, es una migración forzada que busca la salud, y sabiendo esto,

consideramos que el ministerio de Salud no está tomando las medidas respectivas para afrontarlo.

¿Cuáles son las condiciones de ser migrante en Chile?

Existen campañas dentro del sistema de Salud y de organizaciones en espacios públicos y universidades, como AIDS Healthcare Foundation (AHF) entre otras, pero dadas las políticas migratorias restrictivas que existen en Chile muchos de nosotros y de nosotras tenemos miedo de acercarnos porque sabemos de multas, porque hay control de identidad, porque muchos y muchas de nosotros -dadas estas políticas que tardan hasta 120 días para regularizar tu estatus migratorio- tenemos miedo de ir y que nos deporten, que nos multen o que suceda algo, porque regularmente no venimos solos, lo hacemos en familia.

Entonces, si voy a un consultorio para realizarme el examen de VIH y no tengo RUT no sé qué va a suceder, tengo miedo de que me cursen alguna multa, lo que también limita el acceso a la salud de los migrantes, dado el tipo de política migratoria restrictiva y punitiva que existe actualmente en Chile. Esto nos restringe.

Por su puesto, estas políticas migratorias selectivas, que no tienen un algoritmo claro respecto del tipo de requerimiento al que se le puede dar visa o no. Tenemos migrantes, en esos procesos regulatorios, que se han abierto y que han cumplido con todos los requisitos; sin embargo, cuatro meses después les rechazan la visa. Dicen: haber, pero si es un proceso regulatorio que se ha abierto y que se pretende que si entregas todos los documentos puedas estar regular en Chile, después de tres o cuatro meses, además de estar trabajando de manera irregular, porque ¡claro! nosotros debemos sobrevivir, y me rechazas la visa, eso hace también que tenga miedo de acceder a los servicios de Salud, porque si me rechazaste fue por algo y no quiero enfrentarme a una autoridad que me vuelva a rechazar o que me deporte.

Por lo tanto, todas estas condiciones y la falta de claridad en los procesos de regularización y de políticas migratorias están limitando nuestro acceso a las políticas de salud y aumentando los casos de VIH.

El algoritmo de atención en el servicio de salud es una limitante. Es absurdo que, como migrantes, tengamos que decidir, porque es una decisión difícil: me voy a testear porque tengo sospechas de que puedo vivir con VIH ya que he tenido relaciones sexuales de riesgo. Al llegar al consultorio para testearme, digo que quiero hacerme el test rápido y se me responde que tengo que sacar cita y que me la van a dar en una semana. Tras eso la gente se va; poca gente regresa.

En caso de que regrese y se me hace el test, si este sale reactivo debo volver a sacar otra cita para que me hagan el test de Elisa -la muestra de sangre-, tras lo cual puede pasar una semana o quince días. Después de eso, de que me hagan todos los exámenes, estos se van al ISP y luego regresan.

Atención en este proceso, porque me refiero a una persona que trabaja hasta 12 horas y no puede faltar al trabajo constantemente. Por lo tanto, la gente no regresa, ya sea

porque no les dan permiso para salir nuevamente o porque no tienen contratos de trabajo, ya que son irregulares o, aun siendo regulares, son trabajos que se tienen que desarrollar; además, se vive en hacinamiento o nos cobran los arriendos más caros solo por ser extranjeros.

Por consiguiente, hay una serie de condiciones y situaciones respecto de las cuales ese algoritmo de atención no está siendo amable con las condiciones de los migrantes, además de que está en horarios específicos y en las mañanas, muchos no podemos asistir, porque tendríamos que faltar al trabajo. Si faltamos un día, nos corren; entonces, uno se pregunta qué podemos hacer, si de por sí tener trabajo siendo migrante, regular o irregular, es complicado, con esas condiciones nos complican todavía más, y eso hace que nos acerquemos menos.

Continúo con el proceso. Al hacerse el test de Elisa, este se envía al ISP y luego regresa. En ese proceso pueden pasar entre quince o veinte días; después te vuelven a citar para hacerte exámenes generales -glucosa, triglicéridos, etcétera- y ahí es cuando te dan la cita al infectólogo y puedes tener acceso al tratamiento antirretroviral.

¿Qué sucede cuando pasan 120 días, a veces hasta 150? Por ejemplo, para una persona que viene desde Venezuela, con un tratamiento regular, 120 días es una temporalidad muy importante, porque si no tiene el tratamiento adecuado, puede llegar a la siguiente etapa que es el SIDA. Para nosotros es supremamente preocupante que el sistema de salud no se esté haciendo cargo de este tipo de situaciones.

Dadas las características que en el último tiempo adquiere la epidemia de VIH surge la preocupación de las denominadas poblaciones vulnerables emergentes, y nosotras y nosotros como migrantes somos eso, es decir, la migración no estaba considerada dentro de casi ningún programa de VIH en su Sudamérica, sino hasta ahora; somos una población vulnerable emergente, somos las y los que tenemos condiciones de vulnerabilidad con relación al VIH mucho mayores respecto de otras poblaciones, sobre todo los que están en sectores rurales y en fronteras.

Reitero algo que ya mencioné, evitamos en primera instancia tener contacto con las autoridades, y también muchas de nosotras y nosotros no estamos acostumbrados a trabajar con organizaciones sociales, es decir, en nuestros países de origen no era parte de nuestra cotidianidad. Es cierto que nosotros existimos como coordinadores y apoyo, pero en temas de VIH hay poca experiencia a nivel de poblaciones respecto de acercarse. Entonces, la gente que viene desde Venezuela, Colombia, Haití, etcétera, no es que viva constantemente con organizaciones sociales, pero es una limitante que intentamos romper.

En cuanto al trabajo en condiciones precarias y peligrosas, incluidas mujeres y niños, consideramos importante hacer énfasis en las campañas a la población migrante de mujeres que trabajan como asesoras del hogar puertas adentro, porque no sabemos qué pasa dentro de las casas; no tenemos idea de lo que ahí puede estar sucediendo. Incluso, tenemos casos de

mujeres que viven con VIH porque fueron forzadas a tener relaciones sexuales con sus empleadores, en caso contrario, perdían el empleo.

Entonces, como no tenían documentos, tenían que acceder, por lo que ya están presentándose casos de VIH en esta población. Por lo tanto, hay que hacer campañas focalizadas, porque en caso contrario habrá muchos más casos, lo que nos preocupa, sobre todo con esas limitantes del algoritmo del sistema de salud.

Las siguientes son propuestas que hemos estado trabajando. Una protección de las y los migrantes ante el VIH a través de decisiones informadas y recibiendo apoyo en la toma de decisiones; programas de prevención específicos para migrantes considerando particularidades sociales, culturales y psicológicas; acceder de manera amplia y bajo el marco cultural de no discriminación a las y los migrantes sin documentos a los espacios de atención; prevención de apoyo, estudios de comportamiento sexual dirigido a la población migrante; una ley migratoria y procesos de regularización eficientes y claros, que aboguen por los derechos humanos de las y los migrantes y sus familias, así como marcos laborales que eviten lo máximo posible la explotación y la pobreza de las y los migrantes en condiciones de vulnerabilidad; socialización de información con relación al Prep y medidas de cuidados posteriores a tener relaciones sexuales de riesgo.

Lo siguiente es muy importante. Conocí el caso de un compañero brasileño que tuvo una relación sexual de riesgo, quería saber qué es lo que ofrecía el sistema de salud chileno para poder evitar un medicamento *post* después de una relación sexual. Al respecto, él fue al consultorio N° 1 y no le dieron información, cuando en Brasil es habitual poder conseguir ese tipo de medicamento. Entonces, nos preguntábamos qué sucede cuando alguien que quiere prevenir la transmisión de VIH, y tuvo una relación sexual de riesgo, donde, por ejemplo, se rompió el preservativo u otra circunstancia, es importante saber qué es lo que ofrece el sistema chileno.

En este caso hubo mucha confusión y no se supo qué hacer. Esto es parte de las actividades que nosotros consideramos que el Ministerio de Salud debe abogar, sobre todo contextualizando las diferentes conductas sexuales que puedan tener, así como de prevención, no solo antes de la relación sexual, sino también después, en el sentido de saber qué es lo que se nos ofrece, porque hoy nos genera mucha confusión.

Otra de las cosas que nos preocupa actualmente es claridad respecto del dictamen de la Fiscalía 1G N° 3, de 2009, de Fonasa, del Nivel Central de División de Fiscalía. Al respecto, sacaron este dictamen en donde menciona que ya no se les va a brindar servicios de salud a los migrantes que vienen con visa de turista. De hecho, lo pueden buscar: la atención se hará siempre y cuando vengán con un seguro.

Nos preocupa esta situación, porque la migración también viene con visa de turista, sobre todo en el caso de Venezuela, que viven con VIH. Es decir, si yo vengo con visa de turista, y

vivo con VIH -tal como ocurre en el caso de Haití-, consideramos que debe haber políticas migratorias y VIH exclusivas para esas poblaciones, sobre todo por las condiciones de violaciones a derechos humanos que existen en sus países, porque la visa de turista dura tres meses, y si uno quiere tener atención y vive con VIH, viene de Venezuela y no tiene los medicamentos, lo que se está haciendo es restringir el acceso por Fonasa a ese tipo de medicamentos.

Consideramos que esto debe abrirse, porque está incluyendo a los niños y niñas, a familias enteras que vienen con visa de turista, por condiciones de salud.

Una de las cosas que se menciona es que se le puede dar el servicio siempre y cuando mencionen que quieren residir en Chile. Sin embargo, eso también, ante condiciones de migración, genera mucha preocupación porque la población migrante considera que es como autodenunciarse. Por ejemplo, viene con visa de turista y quiere quedarse en Chile, pero dadas las políticas migratorias restrictivas, eso podría hacer que no me den ninguna visa de residencia, porque yo ya dije que quiero quedarme desde el principio para poder tener acceso a la salud, pero como no puedo tener acceso a la salud, porque no quiero que me deporten, finalmente no hago nada. Es decir, esto genera una gran confusión y restricción al acceso a salud de la población migrante, sobre todo aquella que vive con VIH.

Por ello, pedimos que Fonasa tenga claridad en cómo uno puede declarar esto sin tener en riesgo el estatus migratorio al que queremos acceder más adelante, por ejemplo, con una visa temporal, etcétera.

Esas son algunas de las condiciones que tenemos con relación al VIH. Es preocupante que se esté cruzando con políticas migratorias restrictivas, pues con este nuevo dictamen de Fonasa se restringe aún más a la población migrante, sobre todo en temas de VIH.

Muchas gracias.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra la señora María Angélica Baeza, presidenta del Colegio de Enfermeras.

La señora **BAEZA**, doña María Angélica (presidenta del Colegio de Enfermeras).- Señora Presidenta, agradezco la invitación para presentar la visión del Colegio de Enfermeras de Chile frente al tema.

La mirada del Colegio de Enfermeras, en torno a la situación de VIH-SIDA, es de alarma y de preocupación. El aumento sostenido del número de personas viviendo con VIH refleja el fracaso de las políticas, planes y programas en la materia, en los últimos años.

La cifra conocida de Onusida ubica a Chile entre los diez países a nivel mundial donde más han aumentado los nuevos casos de notificación de VIH. No me voy a referir a cifras ni a datos estadísticos porque creo que ya son conocidos en la comisión, sino que solo señalar que es llamativo el aumento del 50 por ciento de estos casos, entre el 2010 y el 2017.

El Colegio de Enfermeras está interesado en realizar una reflexión que apunte a afrontar el problema de manera integral, para generar condiciones de posibilidad que permitan contener el avance de este problema en nuestro país.

En el fracaso de la política, tienen responsabilidad los sucesivos gobiernos que no han tomado las medidas adecuadas y suficientes para contener el aumento de estas cifras, no solo de VIH-Sida, sino también de las infecciones de transmisión sexual en Chile.

Pero como no se trata de actuar a lo Fuenteovejuna, en donde todos son culpables y por lo tanto ninguno lo es, ni tampoco repetir frases antisonantes que carezcan de contenido y profundidad, nos parece necesario señalar lo siguiente:

Hace años el legislador comprendió que el tema de VIH-Sida era un asunto de la máxima gravedad e importancia. Conforme a ello, legisló en la materia correspondiente a revisar la llamada ley del Sida, ley N° 19.761, publicada en diciembre de 2001, para saber si ha cumplido su objetivo y si se ha aplicado como corresponde.

En lo referido al cumplimiento de la ley, el ministro de Salud está al debe:

Brevemente, les informamos que desde hace nueve años el Minsal no respeta el Estado de Derecho, a pesar de los dictámenes de la Contraloría General de la República y fallos que han declarado ilegal la norma N°21, que establece la exclusividad de una profesión en las unidades de neonatología y ginecología en los hospitales del país, en circunstancias que el Libro V del Código Sanitario establece, clara y taxativamente, lo contrario.

Nos parece que los y las diputadas, en el ejercicio de su rol fiscalizador, debieran poner atención a esta irregular situación que se arrastra en el tiempo y que compromete el ordenamiento jurídico de la nación.

En lo relativo a la ley del Sida, en su artículo 1 señala que "Corresponde al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población", tenemos que, dadas las altas cifras conocidas, el Estado no ha cumplido las obligaciones que establece y obliga la ley.

Además, el Ministerio de Salud del Estado de Chile no ha cumplido con la ley del Sida, en lo que se refiere a su artículo 2, porque no realiza política intersectorial efectiva, no incorpora a toda la sociedad civil en el diseño e implementación de las políticas. Además, el Ministerio de Salud no recoge ni procura, de manera consistente, evidencia científica desde el sector privado, público y como mandata la ley.

Hemos recibido de diversas organizaciones de la sociedad civil, dedicadas al tema del VIH-Sida, testimonios que señalan que el ministro de Salud las ha excluido de la participación en estos temas, solamente por tener una mirada crítica y no obsecuente con las determinaciones adoptadas por la autoridad.

En específico, como Colegio de Enfermeras hemos sido sistemáticamente excluidas, quedando fuera de la participación

en la elaboración de las políticas públicas en salud y excluidas por el ministro de Salud, como colegio profesional en la discusión en VIH-Sida.

Solo participamos en aquellas instancias que por su naturaleza es imposible excluarnos como, por ejemplo, el Consejo Asesor para la modificación del Código Sanitario, en que se ha convocado a los colegios profesionales del área en su conjunto. Las enfermeras y enfermeros en nuestro país somos formados y tenemos la experiencia y la capacidad profesional para ejercer la gestión del cuidado en todo el ciclo vital tanto de personas sanas como enfermas, contamos con las herramientas disciplinares y el conocimiento para compartir un aporte fundamental y estratégico en la definición de las políticas públicas en general y en VIH Sida e ITS, en particular.

La dotación de personal de salud en el sistema público ubica a nuestra profesión en el segundo lugar, después de los médicos, en términos numéricos, estamos en todos los niveles de la salud aportando con nuestro conocimiento y capacidad, por lo que consideramos que se hace un daño a la salud de la población al no considerar el aporte que, desde el Colegio de Enfermeras de Chile, podemos hacer para contribuir a controlar la situación que vivimos como sociedad en relación con el tema VIH Sida e ITS.

Las razones de esta exclusión, a nuestro juicio, se deben a la lucha y la defensa que hemos dado, como profesión, por hacernos respetar y por exigir al ministro de Salud que se atenga al cumplimiento de la legislación vigente.

No obstante, como Colegio de Enfermeras, nos hemos ocupado del tema, estableciendo lazos con organizaciones referentes a la problemática que nos ocupa, con la Red Nacional de Pueblos Originarios (Renpo) y Víctor Hugo Robles, con quien estamos colaborando en el único programa de la diversidad sexual que existe en la radiodifusión chilena, Siempre Viva, en vivo, emitido por la Radio de la Universidad de Chile, orientado a la prevención del VIH-Sida y las ITS.

Esperamos en las próximas semanas establecer nuevos convenios de colaboración con otras organizaciones que nos permitan fortalecer el trabajo conjunto para contribuir a la prevención. Al mismo tiempo, hemos utilizado nuestros recursos comunicacionales, como son nuestra revista de Enfermería, página web y las redes sociales del Colegio de Enfermeras, para colaborar en la prevención y la adopción de conductas sexuales de autocuidado y responsabilidad.

Ciertamente, el Colegio de Enfermeras está y ha estado dispuesto a colaborar siempre en este y otros temas relacionados con la promoción de la salud pública en Chile.

Desde nuestra fundación, en 1953, hemos procurado servir a la población, y en esta ocasión, reiteramos la vocación de servicio desde nuestra profesión hacia el prójimo.

Propuestas. Para abordar de manera eficaz y eficiente, desde el Estado y desde la sociedad civil, la problemática derivada del VIH/SIDA y de las ITS, como Colegio de Enfermeras de Chile proponemos lo siguiente.

En lo general, que los objetivos en la lucha contra el VIH se ajusten a las propuestas y planes de Onusida; que se establezcan políticas de Estado, multisectoriales, de corto, mediano y largo plazo, con metas concretas y medibles, sujetas a resultados que impliquen responsabilidades políticas y administrativas en su cumplimiento.

También es necesario comprometer al Estado en la asignación de los recursos financieros suficientes para abordar la situación que enfrentamos en su integralidad, tanto para la prevención, la atención de personas viviendo con VIH, como para las campañas de difusión, el fortalecimiento de los equipos existentes y la formación, perfeccionamiento y capacitación de profesionales en el área.

En lo particular, que se termine con la exclusión de las organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el VIH/SIDA e ITS y que sus experiencias, aportes y contribuciones sean tomadas en cuenta por las autoridades a cargo de estos temas; que las campañas de prevención que se elaboren desde el Estado (Ministerio de Salud y Ministerio de Educación), que cuenten con la participación efectiva de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas con el tema, y que la opinión y aportes de estas sean consideradas por la autoridad, pues la mejor forma de aportar es desde la propia experiencia.

Además, que se fortalezca la salud escolar en las escuelas y liceos públicos del país; que el Estado invierta en la contratación de enfermeras para la aplicación de programas preventivos y de formación en educación sexual, con énfasis en la prevención del VIH/SIDA e ITS.

Creo que debemos rescatar experiencias vividas durante muchos años en la atención primaria, en áreas de prevención, a través del programa de salud escolar que se desarrollaba en los colegios. Eso se perdió.

Desde ahí la prevención y la promoción en salud tuvieron una gran debilidad. El programa mencionado se desarrolló entre 1991 y 1992. Por lo tanto, nuestra propuesta es que miremos lo que hicimos bien y lo retomemos. Desde la escuela se puede hacer mucho. Las enfermeras no solo ponen parche curita cuando un niño se cae. Pueden hacer muchas otras cosas.

Proponemos que los planes y programas de educación sexual anunciados por el gobierno, a partir de 5° año básico, tengan un importante componente de autocuidado frente a las conductas de riesgo y a la prevención del VIH/SIDA e ITS; que cuente en su elaboración con la participación de la comunidad, de las organizaciones de la sociedad civil y de colegios profesionales como el nuestro.

En todos los aspectos anteriores es indispensable considerar el componente intercultural, estableciendo contenidos y acciones que respeten la cosmovisión, la cultura, los ritos y costumbres de los pueblos originarios.

Coincidimos con quienes señalan que la ausencia de campañas preventivas de difusión permanentes ha repercutido en la percepción del riesgo frente al VIH, por lo que creemos que se

deben planificar campañas de alto impacto dirigidas a los grupos de riesgo y también a la población en general, con duración en el tiempo y con estudios de impacto que permitan conocer su efectividad.

Finalmente, proponemos que desde donde corresponda se convoque a un gran encuentro nacional, sin exclusiones, para abordar, con la participación de todos y de todas las partes interesadas, un plan nacional de largo alcance para el combate del VIH/SIDA e ITS, con un fuerte componente en la prevención y en la educación de la población, no solo orientado a las adopción de conductas de autocuidado y de responsabilidad, sino también para dejar atrás prejuicios y estigmatizaciones que también forman parte de los riesgos que debemos enfrentar, considerando que el VIH no es solo una cuestión de salud pública, sino también es un asunto social y cultural.

Muchas gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el señor Elías Jiménez, en representación del director de la Clínica de Interés Público, de la Universidad de Chile.

El señor **JIMÉNEZ** (don Elías).- Presidenta, por su intermedio, agradezco a las diputadas y a los diputados de esta comisión por aceptar nuestra solicitud para exponer en esta instancia.

La Clínica de Interés Público de la Universidad de Chile, del profesor Marcelo Oyharcabal, a quien represento en esta ocasión, viene trabajando la temática del VIH/SIDA y el derecho aproximadamente desde 2013, a través de distintos casos que fueron llegando a la clínica, principalmente de personas que eran expulsadas del sistema de salud de isapre, de forma unilateral, porque significaban un costo mayor para esa institución.

De ahí empezamos a ver otro tipo de necesidades, como la expulsión de migrantes por problemas de salud. Actualmente, llevamos algunos casos respecto de VIH/SIDA. A partir de eso, la Clínica de Interés Público ha desarrollado una investigación respecto de un trabajo constante en relación con el derecho y VIH. Muestra de ello es que en octubre de 2015 fuimos invitados por Onusida y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo a un seminario que se realizó en Uruguay, para ver elementos y herramientas jurídicas de apoyo para personas viviendo con VIH y para la prevención en la misma materia.

Cabe señalar que al seminario de 2015 también fue invitado el Ministerio de Salud; sin embargo, fuimos el único país cuyo ministerio de Salud no asistió. Otros países asistieron con dos o tres de sus ministerios, los que abordaban en forma transversal la temática VIH y en el caso de Chile solo fuimos dos organizaciones de la sociedad civil, la Clínica de Interés Público y la organización Amanda Jofré.

Sería interesante que ustedes pudieran cotejar con el programa de Naciones Unidas para el Desarrollo cuáles fueron las invitaciones que se cursaron, quizás enviando un oficio, porque eso fue tema dentro del seminario.

Voy a dejar a disposición de la comisión estos documentos.

La Clínica de Interés Público entiende que no hay una bala de plata para enfrentar el tema de VIH/SIDA. Es un tema transversal que partir de diferentes *expertise*, en este caso el derecho, se puede enfrentar. Hay trabajo al respecto. No es necesario inventar la rueda.

Ese trabajo viene desde hace tiempo. En 2012 la Organización de Naciones Unidas realizó una comisión investigadora global respecto de VIH/SIDA y derechos, donde generó recomendaciones para los legisladores y para los estados miembros, para abordar la temática VIH.

Esto tiene temáticas que son comunes. Por ejemplo, el representante de la organización de migrantes destacaba principalmente una población clave: la población migrante. Y establecía cuáles eran las obligaciones del Estado respecto de esta población.

En mi presentación veremos el derecho a la vida, la integridad física y salud, cómo ha sido entendida en los derechos humanos, cómo afecta o cómo se relaciona directamente con el VIH/SIDA, para luego ver cuál es la responsabilidad del Estado en materia de VIH/SIDA, tanto en legislación comparada, a través de lo que ha señalado ONUSIDA y otras organizaciones internacionales, como a nivel nacional, porque también tenemos legislación nacional que no está siendo cumplida, como señaló recién la presidenta del Colegio de Enfermeras, para finalmente dar algunas conclusiones o propuestas que señala la clínica de interés público.

Primero, existe una obligación de respetar los derechos, artículo 1° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Lo primero que debemos entender es que existe una esfera negativa y una esfera positiva.

El Estado de Chile no respeta simplemente el derecho a la vida de las personas no matando a la gente, respeta el derecho a la vida de las personas procurando que se resguarde ese derecho a la vida, es decir, necesita acciones positivas por parte del Estado. No basta que el Estado no mate a través de sus agentes públicos; es necesario que a través de sus agentes públicos establezca medidas positivas para resguardar el derecho a la vida.

Eso tiene relación con el artículo 4° del derecho a la vida de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y el artículo 5° del derecho a la integridad personal, esto es, que se respete la integridad física, psíquica y moral de cada persona que habita el territorio nacional.

Esto lo podemos relacionar también con el artículo XI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre -por su antigüedad es así; hoy deberíamos decir derechos humanos a secas; excluimos a las mujeres, una vez más- que establece: "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales...".

Como ustedes bien deben saber, el derecho a la salud es conocido como un derecho económico, social y cultural; vale decir, no

tiene restricciones, pero sí ciertos elementos que el Estado debe cumplir.

El artículo 45 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos estableció ciertos criterios para entender cómo se cumple este derecho a la salud, lo cual es complementado con el Protocolo de San Salvador, que, dicho sea de paso, fue firmado por Chile en 2001, pero, hasta la fecha, no se encuentra ratificado. No obstante aquello -y aquí, una de las conclusiones que me atrevería a señalar es que el Estado de Chile debería ratificar el Protocolo de San Salvador-, en su artículo 10 establece que el derecho a la salud es entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico y mental, y, además, que debe reconocerse la salud como un bien público. También señala la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado -ahí entra la población migrante- y la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.

¿Existe en Chile una total inmunización?

Chile ya firmó este Protocolo, solo falta ratificarlo, pero existe jurisprudencia respecto de cómo ha sido entendido el derecho a la salud y como el Estado incurre en responsabilidad respecto de este derecho.

Por falta de tiempo, voy a saltarme algunas cosas, pero dejaré la presentación a disposición de la Comisión.

Respecto de lo mismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desarrolló lo que debe ser entendido como la defensa del derecho a la salud por parte de cada Estado miembro, y establece en uno de esos criterios el acceso a la información. Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud. Eso es lo que entiende el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como un respeto integral al derecho a la salud, a lo cual se unen otros principios, como la no discriminación, la accesibilidad física y la accesibilidad económica.

Como indiqué, no queremos inventar la rueda. Ya existió una comisión global respecto del derecho y el VIH, presidida por el ex-Presidente de Brasil, Fernando Henrique Cardoso.

Como señaló uno de mis predecesores, en Brasil existe una política distinta. ¿Por qué fue Cardoso el presidente de esta Comisión Global sobre VIH y Derecho? Porque fue el primer país de Latinoamérica que estableció una política segura y avanzada respecto de la protección de las personas viviendo con VIH y la prevención del VIH, que es lo más importante.

A partir de eso, se sacaron diferentes conclusiones -que dejaremos a disposición de la comisión- dentro de las cuales está: la protección de la población clave, como son los migrantes, y la protección de otras poblaciones clave, como son las personas de la diversidad sexual, ya sea entendida desde la orientación sexual o identidad de género y también respecto de mujeres.

Por suerte Chile -y esto tiene que ser entendido como una comisión global, para sacar las conclusiones más atinentes a la realidad nacional- estuvo muy cerca de ser uno de los segundos países en eliminar la transmisión vertical, no obstante, existe también un elemento de género que hay que incluir respecto del empoderamiento de las mujeres para la negociación del condón, incluso, dentro del matrimonio.

Ahora -y es aquí donde queremos poner el mayor énfasis-, ya existe un pronunciamiento de parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos respecto del VIH, me refiero al "Caso Gonzales Lluy y otros versus Ecuador", con sentencia de 2015. Es el único que hay respecto de VIH.

Grosso modo, el hecho corresponde a una niña que recibió una transfusión de sangre contaminada con VIH, por lo cual adquirió el virus por esa vía. A partir de tal situación, se produjo una serie de discriminaciones en contra de la menor, en virtud de lo cual demandó ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cual sentenció que existió una vulneración de derechos humanos de parte del Estado hacia esa persona.

Más allá del caso específico y la solución, lo interesante es que la Corte genera criterios generales para entender cómo el Estado incurre en responsabilidad respecto del derecho humano a la salud en perspectiva del VIH-Sida.

Por eso, voy a destacar algunos considerandos de la sentencia, a fin de que los revisen y generen criterios, y como esta es una Comisión Investigadora, determinar si el Estado de Chile incurrió en responsabilidad en materia de VIH. Por nuestra parte, como clínica de interés público, creemos que existen elementos jurídicos que pueden dar ese lineamiento, es decir, si el Estado de Chile pasó o no estas barreras.

En primer lugar, en el considerando N° 168, esta sentencia establece que la Corte ha sostenido que la aplicación del artículo 1° de la Convención, los Estados poseen la obligación *erga omnes* de respetar y garantizar las normas de protección, así como de asegurar la efectividad de los derechos humanos.

Por consiguiente, los Estados se comprometen no solo a respetar los derechos y libertades en ella reconocidos, sino también a adaptar todas las medidas apropiadas para garantizarlos. Es lo que señalaba sobre esta obligación negativa y positiva respecto del contenido de los derechos humanos.

Es imperativa la adopción de medidas positivas determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentra.

El considerando N° 169 también es relevante al señalar que el deber del Estado es adoptar las medidas necesarias para crear un marco normativo adecuado que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida. En Chile solo tenemos la Ley N° 19.779, acompañada con otras normas de menor rango, que son reglamentarias principalmente, pero no existe un marco normativo de cómo respeta Chile el derecho a la salud respecto de la temática de VIH-Sida.

Luego saltamos al considerando N° 171, donde destacamos que la Corte estableció que el derecho a la integridad personal se haya directa e inmediatamente vinculado con la atención a la salud humana y que la falta de atención médica adecuada puede llevar a la vulneración del artículo 5.1 de la Convención.

El considerando N° 184, establece que el deber de supervisión y fiscalización es deber del Estado, aun cuando el servicio de Salud lo preste una entidad privada. Esto es relevante, porque dentro de los planes que está proponiendo el programa de salud del Ministerio de Salud, señala un fuerte énfasis respecto de la utilización de concesiones para el *test* Rápido. Es decir, si alguno de esos *test* falla, por más que venga de una empresa privada, el Estado también puede incurrir en responsabilidad.

Vamos a ver que hay jurisprudencia nacional que ha establecido que clínicas privadas en Chile no están haciendo un buen trabajo.

Hemos seguido minuciosamente la discusión en esta comisión y se ha señalado por varios expositores que es en el ámbito privado donde existe una mayor detección de VIH. Sin embargo, muchas veces, esta detección es porque nunca solicitaron hacer el *test*; son personas que no solicitaron hacerse el *test*, que se les incluyó dentro de una serie de *test*, pero nunca se les informó al respecto. Entonces, efectivamente está teniendo mejores números, porque están detectando más, pero no lo están haciendo con respeto a los derechos de las personas a ser informadas, tanto del *test* como de que se le va a hacer el mismo. Entonces, el Estado también puede incurrir en responsabilidad si no hace una adecuada fiscalización de los entes privados.

Asimismo, se ha señalado que la obligación de fiscalización estatal compromete tanto a los servicios prestados directa o indirectamente por el Estado como a los ofrecidos por particulares. Cuando se trata de competencias esenciales relacionadas con la supervisión y la fiscalización de la prestación de servicios de interés público, sea por entidades públicas o privadas, como es el caso de un hospital privado, la responsabilidad resulta por la omisión en el cumplimiento del deber de supervisar la prestación del servicio para proteger el bien respectivo.

El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Así lo señala la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su considerando N° 194. Esto lo podemos cruzar con el acceso a medicamentos, como el PrEP (Profilaxis Preexposición) y el PEP (Profilaxis posexposición).

Respecto de las personas migrantes, ¿qué pasa cuando se rompe la utilización del condón? ¿Qué pasa cuando una persona mantuvo una relación sexual con una conducta de riesgo, pero después desea realizarse una Profilaxis Preexposición? El Ministerio de Salud ha señalado que solo a partir de junio o julio se empezaría con el plan piloto del PrEP. ¿A quiénes? ¿Por qué solo a ciertas personas, si la Corte Interamericana ya ha señalado que el acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud?

Las personas de Chile, sean migrantes o nacionales, tenemos derecho a la salud y a no vivir con VIH. Ahora, si somos personas viviendo con VIH, tenemos derechos que el Estado debe respetar. Pero antes, tiene que haber acceso a los medicamentos. ¿Por qué no existe? No se entiende que no exista, en circunstancias que el estudio que estableció el PrEP es de 2011 y en España ingresó en 2014. O sea, en Chile llevamos ocho años perdidos.

¿Cuál es la explicación de Chile para no poner este medicamento a disposición de las personas? La clínica de interés público comprende que el PrEP no es la bala de plata y que, efectivamente, hay que hacerlo con educación, porque el PrEP no se puede poner a disposición de las personas sin enseñarles que va a servir para prevenir el VIH, pero que no va a prevenir otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). No podemos poner a disposición de la población general el PrEP sin explicar cómo usarlo adecuadamente, pero esa discusión tiene que ser en paralelo con cómo lo ponemos a disposición y cómo vamos a entregar la información respecto de esa disposición a la población general. ¿Por qué? Porque los derechos humanos establecen que el acceso a medicamentos es parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En otras palabras, tenemos derecho a tener acceso a ese medicamento.

El considerando N° 197 establece que la Corte observa que estos estándares resaltan que el acceso a los fármacos antirretrovíricos es solo uno de los elementos de una respuesta eficaz para las personas que viven con VIH. Esto tenemos que cruzarlo con personas que viven con VIH.

La ley N° 19.770 lo que hace es garantizar el Tratamiento Antirretroviral (TARV). ¿Qué pasa con las personas que caen con crisis de salud? El doctor Afani, en esta misma comisión, señaló que más del 30 por ciento de las personas es detectada de forma tardía; es decir, en etapa Sida. ¿Por qué? Porque son personas con tos, que no se les pasa hace un mes, que van al médico y no identifican lo que les pasa y, finalmente, les hacen un examen y detectan que la persona tenía las defensas bajas porque estaba en la etapa Sida del VIH y solo ahí va a ingresar al sistema.

La ley lo que da es la garantía de entrar el TARV, pero si esa persona cayó en una crisis de salud, como sucedió con una persona que tenía 50 células de CD4 en el cuerpo, esa persona estaba en riesgo vital, cayó a una clínica, se le dio el TARV, pero hoy esa persona tiene una deuda de más de siete millones de pesos con esa clínica, porque no pasó por ley de urgencia y porque la ley de VIH-Sida no cubre crisis de salud. No cubre crisis de salud, sabiendo que por lo menos 3 o 4 de cada 10 personas que adquieren el virus se enteran después de una crisis de salud.

Nuevamente, cruzándolo con los derechos humanos, hablamos que la Corte observa que la entrega de fármacos antirretrovíricos es solo uno de los elementos para dar una respuesta. Una respuesta limitada al acceso de fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos no cumple con las obligaciones de

prevención, tratamiento, atención y apoyo derivadas del derecho del más alto nivel posible de salud.

Es verdad, Chile avanzó en 2001 en garantizar la terapia, pero garantizar la terapia es solo un elemento para cumplir con el derecho a la salud de las personas que viven con VIH. No lo dice esta clínica de interés público, lo dice la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que es la única habilitada para interpretar la Convención Interamericana de Derechos Humanos.

El considerando 240 de esta sentencia -nuevamente les pido disculpas por detenerme acá, pero esta sentencia es la única manera que tenemos a nivel latinoamericano y la única vinculante para Chile- señala que el acceso a la educación sobre VIH-Sida es un elemento esencial de los programas de prevención y atención eficaz. El Estado tiene la obligación de asegurar que, dentro de su tradición cultural y religiosa, se faciliten los medios apropiados para que en los programas de enseñanza académicos y extraacadémicos se incluya información eficaz sobre el VIH. La educación e información a los niños no debe considerarse como una promoción de experiencia sexual temprana. Los Estados, por medio de la educación deben promover la comprensión, el respeto, la tolerancia y la no discriminación respecto de las personas que viven con VIH.

Un estándar de la Corte Interamericana de Derechos Humanos establece que es necesaria la educación sexual obligatoria sobre el VIH, amén de una educación que establezca una no discriminación hacia personas viviendo con VIH. Esto lo han señalado reiteradamente las personas que han venido a exponer a esta comisión. Algunos activistas que han pasado por esta comisión y que viven con VIH han señalado que demoraron mucho en decir que son personas con esa enfermedad por el estigma que existe. El Estado ha fallado en esto.

Permítanme ser autorreferente y voy a señalar una anécdota que nos pasó en 2015 con la entonces directora de Fonasa, señora Jeanette Vega, a quien, en una reunión, viendo cómo debe aplicar Fonasa el tema de la unión civil para las cargas de Fonasa, le preguntamos cómo veía el tema del VIH y ella dijo: "No, pero si eso no es tema". A lo que respondí: "Perdón, pero sí tenemos varios temas respecto de esto". Ella señaló: "No, eso no es tema, porque hoy es simplemente tomarte una o dos pastillas al día. Es una enfermedad crónica. Si a mí me dieran a elegir entre tener diabetes y tener VIH, yo preferiría tener VIH, porque es mucho menos invasivo".

Esa era la visión de autoridades de Chile en el 2015, y he visto en esta comisión a mucha gente que ha señalado que es una enfermedad crónica. El VIH es una enfermedad crónica, para la definición de la OMS de enfermedades crónicas es que son enfermedades que pueden ser mortales, pero que son de lento desarrollo. No es nada más que eso.

Es ese entendimiento biomédico, que ha señalado que es una enfermedad crónica, el responsable de que haya una percepción menor de riesgo. Es efectiva la percepción menor de riesgo, porque la gente dice que el tratamiento está garantizado, pero cuando viven con VIH saben que su condición de salud es, por lo menos, de 10 años mayor de su edad cronológica; es decir,

una persona que tiene 20 años y que vive con VIH, para un médico es como una persona que tiene 30 años, y así sucesivamente; tiene una hipertensión crónica también.

Insisto, es esta visión biomédica la que ha realizado este entendimiento solo a nivel médico de que es el tratamiento, pero que existen otros derechos relacionados con eso.

A partir de esta sentencia y de todo este entendimiento de derecho internacional de derechos humanos respecto de VIH Sida, y ante la pregunta de si el Estado ha incurrido de Chile en responsabilidad en cuanto a cómo ha tratado el VIH Sida en Chile, la respuesta, lamentablemente, es sí. Ello, porque si tomamos los parámetros que nos da esta sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, tomamos los parámetros que nos han dado directrices de ONUSIDA y nos tomamos los parámetros que nos ha dado la Comisión Global de VIH y Derecho, veremos que Chile no cumple con esos estándares, porque ha estado cumpliendo solo el mínimo.

Otorgar la terapia antirretroviral es un derecho y es un avance, sí, pero no es suficiente para cumplir el derecho a la salud, principalmente porque no ha habido incidencia respecto de la prevención del VIH. Por eso, al terminar este día, 19 personas habrán adquirido el virus y mañana serán otras 19 más. Según algunas cifras, podrían ser 25 personas diarias.

Hay varias jurisprudencias, lo ha dicho la Corte Suprema en Chile, respecto de algunas causas -les dejo los roles respectivos- falladas por la Corte Suprema, donde se ha señalado que los servicios de Salud han fallado, que ha habido responsabilidad del Estado por falta de servicio, en algunos casos porque no notificaron a las personas viviendo con VIH y, en otros, porque echaron a algunas personas viviendo con VIH de instituciones, como la Policía de Investigaciones de Chile. Les voy a dejar acá la jurisprudencia para que ustedes la puedan ver.

Por último, las recomendaciones. Respecto de la prevención, un desarrollo de implementación y supervisión de un programa de educación sexual obligatorio y único en el programa de educación nacional; desarrollo de implementación y supervisión de una campaña de prevención permanente con enfoque de poblaciones clave; desarrollo de implementación y supervisión de campañas de educación de no discriminación a personas que viven con VIH, con enfoque de discriminación multidimensional; eliminación de las barreras de acceso a dispositivos de profilaxis.

En el diagnóstico de tratamiento, voy a destacar la ratificación del protocolo de San Salvador, y la reforma de la Ley N° 19.779, a fin de incorporar cobertura de tratamiento para casos de crisis de salud.

Respecto de la protección de personas que viven con VIH, establecer un control real por parte de la Inspección del Trabajo respecto al control y exigencia del test de Elisa por parte de empleadores y empleadoras, porque en la clínica he conocido casos, que son casi *vox populi*, de empresas, sobre todo las de minería, que solicitan el test de Elisa a sus trabajadores, a pesar de que esto es ilegal.

No hay un control por parte de entidades públicas para que no soliciten estos exámenes.

En honor al tiempo, dejaré mi exposición hasta acá. Quedo a disposición de ustedes para las consultas que me quieran hacer.

Dejaré a disposición de la comisión el texto de la Comisión Global de Derechos Humanos, la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y algunas sentencias chilenas que han salido al respecto.

Muchas gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Vamos a dejar las preguntas para el final.

Pido a los señores Pablo Donoso y Paulo Melipil, y a la señora Nathalie Aliste que expongan en representación de la ONG Vihda.

Les solicito un máximo de quince a veinte minutos en su exposición para dejar tiempo para las consultas.

Además, como comisión, debemos resolver un tema de plazos de nuestro trabajo.

Tiene la palabra el señor Pablo Donoso.

El señor **DONOSO**.- Señora Presidenta, mi nombre es Pablo Donoso, soy presidente de la ONG Vihda, agradezco la invitación.

Nos parece fundamental el tema, pues como ciudadano es superimportante incidir en las distintas políticas.

ONG Vihda está compuesta por un equipo multidisciplinario de profesionales, principalmente por médicos, abogados y sociólogos. Cabe señalar que realizamos nuestro trabajo en tres ejes fundamentales:

El primer eje es de salud, el segundo es el jurídico y el tercero es un eje comunicacional.

Dentro del eje médico, trabajamos temas sobre prevención primaria y secundaria con un fuerte enfoque en educación, pues nos parece que este tema es fundamental por los compromisos que tiene el Estado de Chile con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) respecto de la educación. La misma Ley del Sida, en su artículo N° 2, que establece la responsabilidad del Estado en cuanto a educar a la población en esta materia.

Si bien nos parece excelente el tema de la prevención secundaria, testeo o PrEP, pensamos que la educación tiene un pilar fundamental para combatir esta epidemia.

Dentro del eje médico también trabajamos el tema de la desestigmatización, ya que, a pesar de todos los avances que hemos tenido como sociedad, sigue habiendo mucha estigmatización respecto del VIH; se sigue asimilando el VIH a la población homosexual, y ahora a la población migrante, lo que nos parece grave, porque es una enfermedad que atraviesa todos los sectores, edades y sexo, de la sociedad.

Otro aspecto que nos parece fundamental en términos médicos es el tema de la salud mental en relación con el VIH. Si bien es una enfermedad que afecta al organismo propiamente tal, las defensas, los linfocitos tcd4, etcétera, la persona que es

notificada de su estado serológico positivo queda un poco abandonada por el sistema de salud en cuanto a la repercusión social y familiar que tiene esta enfermedad.

Nosotros, como ONG, estamos enfrentando este tema con un equipo de psiquiatras y psicólogos que acompañan a las personas que han sido notificadas como reactivas o como seropositivas.

Un segundo eje es el jurídico, pues vemos que cada vez más este aspecto se relaciona con el tema de la salud. Consideramos que es fundamental, porque es a través de este que se puede exigir el cumplimiento de los derechos, como también la regulación de este tema.

En nuestra ONG hacemos atenciones jurídicas gratuitas sobre discriminación o cualquier tema relacionado, por ejemplo, con migrantes o derechos laborales; aplicamos la Ley Zamudio cuando ha habido casos de discriminación derivados del VIH; hacemos educación y talleres sobre derechos y deberes del paciente; presentamos las acciones jurídicas que sean pertinentes; trabajamos con la Ley del Sida y con incidencia cultural en salud, con comunidades de pueblos originarios y en coordinación con las distintas Seremis; trabajamos en derechos fundamentales y hacemos fiscalización ciudadana a través de nuestra dirección jurídica.

El tercer eje, muy importante en esta materia, sobre todo si hablamos de educación, un tema transversal e importante a nivel nacional e internacional, es el comunicacional, a través del cual nosotros producimos material audiovisual. Por ejemplo, aquí tenemos una imagen de un cortometraje que elaboramos en la ciudad de Osorno, donde actúa Alfredo Castro, que se realizó con jóvenes estudiantes de educación media.

También producimos material escrito, generamos contenidos y estamos elaborando un documental respecto de las acciones de salud que estamos realizando desde la Región de Arica y Parinacota hasta Tierra del Fuego.

Cabe señalar lo importante que es el factor regional en este tema. Las políticas de VIH se elaboran en Santiago y en nuestro recorrido por el país en distintos lugares, por ejemplo en el altiplano, en Tierra del Fuego o en el campo de la Región de Ñuble, hemos detectado el abandono en que se encuentran las personas que viven fuera de las ciudades. El acceso a la salud y a la educación es un gran tema que incide finalmente en el VIH.

La siguiente lámina muestra a nuestro equipo en la quebrada de Camarones, Región de Arica y Parinacota. Trabajamos con pueblos originarios, precisamente por lo que les mencionaba: se trata de una razón de justicia, de acceso a la salud y a la educación.

Como sabemos, los pueblos originarios suelen vivir en sectores aislados y en situación de pobreza; por lo tanto, sus índices de morbilidad son mayores a los de la población que vive en las ciudades. Tenemos el caso de La Araucanía, una región que tiene una alta población de pueblos originarios, en donde la media nacional de un notificado por VIH es de 233 cl por milímetros cúbicos de linfocitos tcd4, es el promedio nacional,

y el promedio de La Araucanía es de 100 cl por milímetros cúbicos de linfocitos tcd4, es decir, menos de la mitad. Y cuando analizamos los pueblos originarios que viven en la Región de La Araucanía, es decir, la población mapuche rural, el índice baja de cien. De manera que hay un problema de salud pública fundamental que no se enfrenta.

Asimismo, hemos trabajado con población aymara por la misma razón. Cuando llegamos a realizar nuestros operativos a la Región de Arica y Parinacota nos dijeron que era innecesario, por ejemplo, subir al altiplano, porque íbamos a encontrar comunidades de quince a veinte personas, así que no tenía relevancia ir allá.

Hablamos del rol subsidiario del Estado, es decir, el Estado y las organizaciones de la sociedad civil tenemos que llegar a estos lugares, porque la gente se está muriendo de VIH, se está contagiando y ni siquiera lo sabe.

Se necesita culturizar más a esta población, ya que asimilan el VIH con un mal de ojo, con brujos, etcétera. Entonces, es importante que el Estado, a través de las organizaciones de la sociedad civil, llegue a esos lugares y haga transferencia científica.

En el trabajo con pueblos originarios, en que hemos tomado contacto con poblaciones aymaras y mapuches principalmente y ahora con población selknam, en Tierra del Fuego, estamos abordando temas de aislamiento y vulnerabilidad, salud con incidencia cultural y respeto por la lengua.

El material que nosotros elaboramos lo hacemos en la lengua del lugar adonde vamos; es decir, si estamos en el altiplano, vamos a elaborar material en lengua aymara; si estamos en La Araucanía, en mapudungún, etcétera.

Es superimportante el tema de la educación a los jóvenes y la identificación de líderes. En todas las escuelas y colegios donde hemos llegado, identificamos líderes. Los tomamos y los formamos para que sean monitores y educadores dentro de su propia comunidad, porque se ha comprobado que es mucho más efectivo que si viene una persona externa.

También hemos trabajado con pueblos originarios en la Región Metropolitana. Tenemos unos muy buenos amigos, los de la ruca Kiñe Pu Liwen, en La Pintana, y hemos hecho vinculación con ellos.

En las políticas del Estado, respecto de las organizaciones con pueblos originarios, es superimportante llegar con pleno respeto a sus costumbres, a su cultura. Uno no puede llegar a imponer nada a los pueblos originarios, porque la reacción va a ser adversa.

Es importante, por ejemplo, sentarse con ellos a tomar un mate, conversar, entender cómo ellos piensan y luego comenzar una acción de salud concreta.

Además, estamos haciendo talleres sobre derecho indígena, que también tiene que ver con incidencia cultural en salud, educación en VIH, y tanto en el norte como en el centro del

país se han suscitado temas ambientales, que nosotros estamos enfrentando como ONG para ayudar a las comunidades.

Tenemos un proyecto muy lindo que estamos empezando a ejecutar ahora, que se llama "Vihda al fin del mundo", y vamos a llegar adonde prácticamente no ha llegado ninguna organización; vamos a ir a Tierra del Fuego y tenemos pensado ir a Puerto Williams.

En Tierra del Fuego hay una población de 1.821 personas que se declaran pertenecientes a pueblos originarios; por lo tanto, se puede hacer un trabajo superimportante, y si bien no están muy organizados, también se puede hacer un trabajo para organizarlos y luego realizar acciones en salud.

También tenemos otros proyectos con la etnia colla y licanantay en la Región de Atacama; con diaguitas, en la Región de Coquimbo, y con población mapuche, desde la Región del Biobío hasta la de Los Lagos.

Insisto en que es fundamental el tema de la educación; por lo tanto, llegar a jóvenes es esencial dentro de la labor que debe realizar el Estado y los legisladores, al articularse con la sociedad civil.

Una forma eficiente de llegar con políticas en salud es a través de las organizaciones de la sociedad civil. En esta lámina, hay un listado de universidades; por ejemplo, hemos estado en la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile y en otras universidades con las cuales estamos haciendo convenios. También hay algunos liceos, como el agrícola del valle de Lluta, con población aymara, a 9 kilómetros de la frontera con Perú.

En otro tema, hemos hecho un importante trabajo con Carabineros de Chile, institución con cual hemos realizado talleres centrados en la educación de más de 800 uniformados.

Respecto de los inmigrantes, como se ha señalado en la comisión, es fundamental darles atención por tratarse de una materia de derechos humanos. Además, tenemos un convenio con el Servicio Jesuita a Migrantes.

Hay un tema sobre el cual no me quiero extender, pero el hecho de que no se entregue de inmediato tratamiento a los migrantes que llegan con VIH, que tengan que esperar 90 días, es una pésima política pública, ya que dentro de esos días, además de afectar la salud del migrante en sí mismo, este se convierte en una fuente de contagio muy importante. Lo que se debe hacer es cortar esta pirámide de transmisión del VIH, y una persona que está tres meses sin tratamiento y que quizá estaba indetectable, ahora llega a tener una carga viral alta y, por lo tanto, va a producir contagio, y económicamente para el Estado eso es supernegativo; o sea, por ahorrarse unos pesos en dar un tratamiento antirretroviral, van a aumentar los casos; por lo tanto, económicamente no es una política muy acertada.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra la señorita Nathalie Aliste.

La señorita **ALISTE** (doña Nathalie).- Señorita Presidenta, soy Nathalie Aliste, abogada encargada de la Dirección Jurídica de la ONG.

Quiero hacer presente cuatro puntos sobre los cuales hemos reflexionado como ONG, porque hemos participado en bastantes licitaciones que el gobierno está abriendo para promover la educación en VIH, además de la prevención, como la toma de test rápidos, etcétera.

Respecto de las licitaciones y como esta es una comisión cuyo objetivo es fiscalizar, quiero hacer presente que nos hemos enfrentado a situaciones un tanto extrañas, ya que, como todos saben, las licitaciones establecen bases que cada organismo, cada ONG, corporación o fundación, debe cumplir, y no se está realizando dicha situación.

¿Qué significa eso? Que se establecen ciertos requisitos y dentro de estos alguna documentación necesaria para entrar recién al proceso de postulación.

Pues bien, muchas corporaciones o fundaciones no han cumplido con las bases, y aun cuando nuestra organización ha estado dentro de los puntajes que se obtienen de manera paralela, cumpliendo todos los objetivos, hay otras organizaciones que se han adjudicado las licitaciones.

Nosotros, como organización, hemos solicitado que nos informen, para saber en qué podemos rectificar o mejorar, pero no hemos tenido una buena acogida por parte de los organismos pertinentes, y hemos hecho presente, como fiscalización ciudadana, como se nos permite, por medio de recursos administrativos, reclamamos ante organismos, para así llevarlos a temas de Contraloría, porque necesitamos que haya una mayor fiscalización respecto del cumplimiento de las bases.

Más allá de la prevención y de lo que nosotros como ONG estamos propulsando, nuestro objetivo es que los fondos que se están destinando, aunque no sean muchos, sean efectivamente instaurados o insertados en el tema del VIH.

Asimismo, respecto de la fiscalización posterior a esta fase, tampoco están cumpliendo con la realización de los proyectos, ya que hay un plazo tope para ejecutarlos, desde que vamos como organización hasta que hacemos entrega de un informe con todo lo que exige el organismo.

Los organismos pertinentes no están fiscalizando dicha situación, por lo cual a esta comisión se le hace presente, como organización u ONG Vihda, que tengan más cuidado y fiscalicen que los fondos que se están otorgando para la prevención y educación del VIH sean efectivamente destinados a la población.

Respecto de los proyectos que han quedado desierto, nos ha pasado bastante que se promueven los proyectos para las licitaciones y no sabemos por qué motivo, en reiteradas oportunidades, se declaran desierto. También solicitamos información sobre eso a los organismos pertinentes, porque es necesario saber por qué se está dejando de promover esto por parte del gobierno. Pudiera ser que se trate de la opinión de

un organismo o en el fondo hay algo más detrás, sobre lo cual no tenemos información.

El otro punto que quería hacer presente es respecto de los recursos destinados. Reitero lo anteriormente señalado, en cuanto a que, si bien el gobierno está aportando un monto para toda esta campaña del VIH, es importante que esos recursos sean efectivamente destinados a este tema.

¿Qué quiere decir eso? Que partimos de una base de licitaciones y posteriormente debe fiscalizarse que esto se lleve a efecto, porque de lo contrario los fondos se están perdiendo.

Como organización necesitamos que la comisión solicite mayor información acerca de qué está pasando. Más allá de que nos hagamos presentes, o que queramos ganar la licitación, queremos que las organizaciones que promovemos el tema del VIH trabajemos, y que todo ese trabajo sea eficaz, porque hay población que se está perdiendo.

Muchas gracias.

El señor **MELIPIL.**- Buenos días. Mi nombre es Pablo Melipil. Soy médico de profesión y voy a hacer un resumen de lo que creemos que es más relevante plantear.

Como ya les han mostrado otras organizaciones, dentro de nuestros objetivos como país, y dentro de lo que señala el Plan Nacional de Prevención del VIH, está la erradicación o la supresión principalmente del contagio del VIH, y hay algunas metas u objetivos a los que se ha comprometido el Estado. Dentro de esos están los objetivos de desarrollo de los ODS, relacionados con Naciones Unidas; hay algunos compromisos que están articulados en el artículo 2, de la ley del Sida; del artículo 1, de la ley N° 20.418, de educación sexual, en que el Estado se compromete a que habrá medidas para prevenir el VIH, Además, se compromete a distintas cosas, entre ellas, el tema de las estrategias de unificarlo con las organizaciones civiles.

Dentro de esas estrategias tenemos un planteamiento, que es como nuestro plan proyecto general, para crear un centro nacional de estudios sobre VIH que se basa en toda la problemática que ha tenido desde el punto de vista de las organizaciones civiles. Lograr realizar prevención primaria, secundaria y terciaria, es decir, incorporar a las organizaciones civiles a lo mismo que se hace en la Unión Europea, es decir, que centros de salud que son de las organizaciones civiles, en unión con el Estado, realicen campañas de prevención, de educación, de toma de test -que es la prevención secundaria-, y la campaña de seguimiento y de enlace con los pacientes que puedan salir reactivos, con la finalidad de cumplir las metas que se compromete el Estado. Al año 2030 se compromete a que ya no habrá contagio del VIH.

Por lo mismo, nuestras bases principales y nuestro proyecto en general de la organización va en el sentido de levantar datos fiables y elaborar políticas públicas reales, asociadas con un componente que sea visto desde los distintos ejes y desde las

distintas poblaciones foco que ataca el programa internacional de prevención del VIH.

Como ustedes se darán cuenta, nuestra organización no solo trabaja con población joven, sino también con migrantes, con población indígena, con población hombre que tiene sexo con hombre, población transgénero, y también con trabajadoras sexuales.

No queremos hacer solo una crítica, sino también aportes. Queremos contarles que pretendemos trabajar a lo largo de todo Chile. Estamos desarrollando proyectos desde Arica a Punta Arenas y tratando de levantar la mayor información posible.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señora Presidenta, quiero preguntar a los invitados a qué se debe que los sucesivos gobiernos han llegado tarde a abordar la campaña que hoy recién se ha iniciado, de combate epidemiológico a la propagación del VIH en Chile y que, desgraciadamente, todavía tiene resultados inciertos o precarios.

El sentido de la comisión investigadora es determinar responsabilidades políticas y administrativas. Esta no es una instancia científica ni una instancia administrativa. Es una cámara política. La comisión se creó a partir de hechos graves que detectan tardanza, falta de oportunidad y de voluntad política en algún momento para enfrentar de manera eficaz la propagación del virus en nuestro país.

En una mirada retrospectiva, quiero consultarles qué razones o causas identifican para haber llegado a este punto.

Por otro lado, quiero saber cuál es la evaluación que hacen de las medidas en marcha en cuanto a test rápido, a PrEP y a preservativos, por mencionar algunas de ellas, porque podríamos llegar a diciembre y encontrarnos con cifras pobres o cifras quizás imposibles de alcanzar como metas, y vamos a seguir llorando sobre la leche derramada.

Respecto de las políticas en curso, ¿qué resultados prevén? ¿Perciben satisfacción y eficacia ciudadana en los grupos vulnerables? ¿O creen que son otras las medidas que habría que incorporar para ser realmente eficientes en el combate de la epidemia de VIH Sida en nuestro país?

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señora Presidenta, por su intermedio quiero agradecer todas las presentaciones.

Consulto a la presidenta del Colegio de Enfermeras, a propósito de lo que ella indica, sobre la discriminación que haría el ministerio con el Colegio de Enfermeras, no solo no invitándolas a participar, sino que también marginándolas de todos los procesos que tienen que ver con esta materia. Le pido

que profundice en ello y que explique cómo era antes y en qué minuto cambió.

Respecto de la última presentación, es preocupante lo que se dice sobre las licitaciones. No sé si pueden acompañar algunos antecedentes y los objetivos por escrito respecto de cómo han postulado y cuáles son aquellas cosas que les parecen discriminatorias hacia ustedes.

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

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señora Presidenta, agradezco le presencia de todos los expositores.

Me sumo a la pregunta que hizo la diputada Hernando. También me llamó la atención lo que dijo la representante del Colegio de Enfermeras.

Quiero pedir que se envíen dos oficios. El primero dirigido a Fonasa, respecto del Dictamen de Fiscalía 1G.

Además, pido al invitado que nos explique nuevamente lo relacionado con este dictamen.

El segundo dirigido al Ministerio de Salud, para consultarle respecto del Protocolo de San Salvador y sobre las licitaciones. ¿Cuáles son las corporaciones adjudicadas y cómo se están ejecutando los recursos asignados?

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para enviar los oficios propuestos por la señora diputada?

Acordado.

Tiene la palabra la diputada Erika Olivera.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Una pregunta para la ONG. Quiero consultarles cómo están financiando las distintas actividades que realizan, que me parecen muy buenas. Están trabajando con los pueblos originarios. La semana pasada vinieron representantes de los pueblos originarios e hicieron ver las problemáticas que tienen.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra la presidenta del Colegio de Enfermeras.

La señora **BAEZA** (doña María Angélica).- Señora Presidenta, me referí a esta suerte de discriminación de la que hemos sido objeto por parte del ministro de Salud. Pero esto ha sido en los últimos años, a partir de la administración de la doctora Castillo, en que en reiteradas veces se negó a recibir al colegio, cuando se le quería preguntar por problemas totalmente atinentes a la profesión y que en ese instante era necesario saber cuál era su posición y su forma de resolver. Y esto ha sido notablemente más evidente en la administración del ministro Santelices. Todo esto tiene que ver con el alejamiento, en forma reiterada y paulatina, de enfermeras que, trabajando en este tema, han sido sacadas de este programa, en particular en los servicios de salud y en las seremis de salud, donde por bastante tiempo han hecho el trabajo que corresponde, de acuerdo a los lineamientos ministeriales. Pero sin mayores explicaciones han sido alejadas de sus cargos.

Por lo tanto, entendemos que hay una intencionalidad de no escuchar, que las enfermeras no estén en esos campos y sean reemplazadas por otros profesionales. En consecuencia, allí se desestima la experiencia, el aporte, lo que se ha venido haciendo.

Finalmente, hemos pedido audiencia, para tener la posibilidad de conversar, pero ha sido sistemáticamente evadido por el ministro.

Por lo tanto, entendemos que no existe voluntad de la autoridad de salud para darnos la opción de explicar la visión del colegio al respecto. Por eso, como creemos que no podemos seguir perdiendo el tiempo frente a un problema que hay que abordar, como colegio profesional, hemos empezado a desarrollar algunas estrategias para apoyar la prevención y la promoción en este tema en particular.

Y existen otras cuestiones relacionadas con lo que estamos exigiendo, como el cumplimiento de la ley por una situación que se viene arrastrando por más de nueve años y que no logramos entender la causa.

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

El señor **MELIPIL**.- Señorita Presidenta, en relación con la respuesta al diputado Juan Luis Castro, debo aclarar que dentro de la estrategia de test rápido, es a partir de este año que se hace la licitación. La primera licitación comienza el 28 de enero. Es decir, no lleva más de un par de meses en ejecución.

En cuanto al PrEP, aún está pendiente el protocolo sobre cómo se va a aplicar. Tuvimos una reunión y solicitamos formalmente que nos enviaran este protocolo, pero, como dije, no existe.

Sobre el uso de los preservativos, solo el preservativo masculino está disponible desde el año pasado; el preservativo femenino tiene un par de meses y tampoco es de libre acceso, a tal punto que ni siquiera está en las farmacias para comprarlo; es decir, una mujer no puede ir a la farmacia equis, pues no está disponible, solamente se entrega en los establecimientos públicos.

Entonces, hacer una evaluación real, sería muy próximo, muy acelerado para ver cuál es la política real. En verdad, nosotros hicimos un estudio, y continuamos con él, en relación con toda la información que vamos levantando de las licitaciones y procesos en que participamos, pero es muy pronto. O sea, las políticas, desde el punto de vista del gobierno, son distantes para la población, más todavía para las poblaciones pertenecientes a pueblos originarios. Tal vez, ahí esté la razón sobre por qué las responsabilidades han ido fallando y se han reiterado las negligencias.

Además, la educación sexual es uno de los pilares fundamentales; sin embargo, por lo general, la población desconoce, incluso, el uso de los preservativos. Por eso, cuando visitamos estas comunidades, no solamente tomamos los test, sino que también hablamos con los jóvenes y jugamos con ellos. Por ejemplo, en las fotos salimos jugando palín.

Tratamos de incorporarnos a las comunidades o a los grupos que vamos a intervenir, con la finalidad de conocer cuál es su apreciación de toda esta problemática.

Entonces, la solución al problema pasa por la educación, por la prevención primaria, que es la falla principal, más que el uso del PrEP, que sería una estrategia terciaria.

En relación a nuestro financiamiento, si bien como organización hemos participado en varias licitaciones, hasta hoy no hemos recibido los recursos de esas licitaciones, por distintos motivos. Pero, principalmente, nos financiamos dentro de una esfera de donaciones privadas, que conseguimos a través de nuestras propias prestaciones. Yo soy siquiátra, y tenemos un grupo de médicos que trabajamos voluntariamente para la organización, donde se atienden externamente otros pacientes que no tienen que ver con la patología de VIH, la que atendemos gratuitamente, pero el resto de la organización se financia mediante la venta de prestaciones de servicios, las cuales incluyen prestaciones jurídicas. Son las dos principales esferas de financiamiento de nuestro proyecto.

Ahora, no hemos utilizado los recursos de las licitaciones, porque con ellos estamos proyectando realizar nuestro centro, y estamos reservando los centros para un proyecto más grande.

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

El señor **DONOSO**.- Señorita Presidenta, hay un tema con la focalización de los recursos.

Da la sensación, a nivel ciudadano, de que frente a las estadísticas de 2017, el Estado sobrerreaccionó y empezó a destinar recursos. Sin embargo, estos recursos no han estado bien focalizados.

Hay una población foco muy importante, la HSH, los hombres que tienen sexo con hombres, a la cual es difícil llegar y que debe hacerse a través de las organizaciones ciudadanas. Y resulta que el Estado ha invertido mucho dinero, por ejemplo, en hacer test rápidos en plazas, etcétera, que está bien, pero es un desperdicio de recursos si hay una población focalizada que tiene VIH, y que no lo sabe, y que es donde se deben destinar esos recursos.

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

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señorita Presidenta, me incorporé recién a la comisión en reemplazo de la diputada Marisela Santibáñez, que se encuentra con licencia.

Sin embargo, hace rato estoy en este tema por haber sido parte de la Comisión de Salud, desde donde le hemos hecho seguimiento a la implementación del programa nacional, que, en verdad, ha tenido bastantes déficit.

Quiero saludar a los invitados y darles las gracias por cada uno de los puntos que han puesto sobre la mesa.

Antes de que termine la sesión, quiero hacer una observación que me parece importante.

Tuve la oportunidad de reunirme con el doctor Afani, la semana pasada, y a propósito de los test rápidos de VIH y la licitación, hay una preocupación sobre cómo se está implementando. En algún minuto lo planteamos en la Comisión de Salud, a propósito del condón femenino, y también lo recogió la ONG. Cuando discutimos sobre la implementación de la toma del test rápido, siempre hablamos sobre la forma de hacerlo más accesible a la ciudadanía y no solo tenerlo en los consultorios o en los Cesfam, porque, como han dicho sus directores, la gente no concurre a los centros para tomárselos. De hecho, les llega un *stock* muy bajo, porque cuando van a los centros, las personas no van con la intención de tomarse el test. Es más, cuando llegan al Cesfam los mismos profesionales toman el test de Elisa, porque finalmente el test rápido tiene un sentido, que es buscar incentivar a la población para que se tome el examen en espacios en donde no va preparado para realizarse el test, sino que en espacios públicos. Incluso existen lugares en donde se está buscando el mecanismo para implementar, dentro del Cesfam, espacios especiales de pasillo para pasar, después del control de glicemia o el control habitual, a tomar el test rápido, porque en el Cesfam, dentro del control propiamente tal, no se hace el test rápido.

Entonces, es un elemento bien importante de analizar a propósito de esa situación y porque, además, no hay la suficiente cantidad de test rápido para desarrollar dentro de las comunas, por ejemplo, si un alcalde quisiera desarrollar una campaña de test rápido, poco menos que se lo tienen que pelear dentro de los servicios de salud, porque las cantidades de test que están disponibles son mínimas; o sea, son realmente escasas, porque la política del programa es una política solo estética, no es una política real.

Por lo tanto, me queda la impresión -lo quiero decir con mucha responsabilidad- que el ánimo de detectar a los pacientes que hoy están viviendo con VIH y que no lo saben, es un ánimo bastante reprimido por parte del ministerio, por decirlo de alguna forma. Creo que hay un temor de detectar a las personas que están viviendo con VIH, por no contar con la preparación, dentro de los servicios de salud, para hacer el proceso posterior, que es la atención.

Creo que el ministerio no está preparado para hacerse cargo de asumir la cantidad de personas que están viviendo con VIH y que no lo saben de forma posterior. Es decir, creo que hay una situación que es más compleja, porque, incluso, dentro de la detección que se ha hecho y en función de lo que se pronosticaba en torno a la cantidad de personas que vivían con VIH hace algunos años, el índice en Chile ha sido muchísimo mayor de lo que se pensó. Entonces, tengo esa observación.

Por otro lado, en relación con el condón femenino, que era parte de uno de los elementos que nosotros logramos poner sobre la mesa -digo nosotros con organización, mujeres viviendo con VIH y otras organizaciones- y lo propusimos. Incluso, se

presentó un proyecto de ley, que se encuentra en la Comisión de Salud. Al respecto, quiero pedir a la comisión que se oficie, porque aquí se puso sobre la mesa el criterio de que el condón femenino solamente era para la población de riesgo. En esa virtud, quiero saber cuál es la población de riesgo, porque nosotros siempre pusimos sobre la mesa el criterio de que el condón femenino se debía utilizar en función de democratizar el acceso al mecanismo de prevención; democratizar en términos de que la mujer también pudiera tener acceso a preservar su salud sexual y a elegir, no que solo existiera un mecanismo de prevención masculino, sino que también femenino. Sin embargo, la distribución gratuita, a través de los servicios de salud, la primera remesa fue de un millón. Eso es ¡nada! y con un enfoque a la población de riesgo. ¿Cuál es la población de riesgo? ¿Cuál es ese criterio? Cuando preguntamos, no nos respondieron; por eso, quiero saber con exactitud cuál es la población de riesgo. ¿Cuál es el foco de la población de riesgo? Hasta ahora, en términos de las personas viviendo con VIH que se han ido detectando, no hay un foco específico; se intenta estigmatizar a la juventud y, la verdad, es que no es así.

Señora Presidenta, pido que se oficie para que el ministerio nos diga cuál es la población de riesgo en la que han puesto el foco para poder hacer esa distribución, ya que no se ha ampliado el espectro, como habríamos esperado, en función de un criterio de democratización.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Habría acuerdo a lo solicitado por la diputada Karol Cariola?

Acordado.

Queda un minuto para terminar la sesión. Por lo tanto, solicito el acuerdo para prorrogar en cinco minutos, para alcanzar a ver el último tema que, en particular, me interesa discutir con el resto de los diputados y diputadas presentes.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra Elías Jiménez, hasta por dos minutos.

El señor **JIMÉNEZ**.- Señora Presidenta, muchas gracias. En primer lugar, respecto del oficio que pidió la diputada Érika Olivera, pienso que debería ir dirigido al Ministerio de Relaciones Exteriores, porque ese ministerio es el que ve cómo se aprueba o cómo se envía a la Cámara de Diputados y de Diputadas el protocolo para aprobarlo.

Respecto de la pregunta del diputado Castro de por qué ha fallado. La clínica jurídica ha establecido que, principalmente, hay un criterio demasiado biomédico, en el que no hay un elemento de entendimiento completo de lo que es el VIH, como una problemática que no solamente es de salud, sino que también es social y cultural. Por eso relaté la anécdota de Fonasa, cuando una doctora señaló -no estoy haciendo un juicio valórico- y lo cree efectivamente, que si le dieran a elegir entre tener diabetes y tener VIH, preferiría tener VIH, porque es menos invasivo. Por lo tanto, ese criterio biomédico

ha hecho que la población pierda la percepción de riesgo, porque dice que solamente es tratamiento.

¿Cómo es evaluarlo? Evaluar respecto de las nuevas políticas de test rápido es complicado, porque es parecido al control por sospecha, porque es como una pesca de arrastre. Efectivamente, puedo pillar mucha gente, pero si no focalizo eso... Porque, además, ¿quién más se hace el test rápido? El test rápido lo hace una persona que está preocupada de su salud sexual; por lo tanto, es una persona que ya está informada. Sin embargo, hay otras personas que no saben de las conductas de riesgos.

En lo personal, me formé en el Ministerio de Salud como consejero de VIH. Efectivamente, me encontré con personas que pensaban que una conducta de riesgo era haberle tocado la vagina a una mujer que, probablemente, era trabajadora sexual en una despedida de soltero y que por eso quería hacerse el test de VIH. Entonces, si a esa persona le hago el test rápido, tampoco le estoy dando una consejería adecuada; por lo tanto, esa persona va creer que esa es una conducta de riesgo. En tal virtud, lo que tenemos que hacer es un elemento anterior, es decir, educar a la gente para que cuando esa persona se haga el test sepa identificar cuáles son las necesidades para realizarse el test; de lo contrario, van a gastar más dinero en un test rápido, que es más caro que un condón.

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

En nombre de la comisión, quiero agradecer la participación y las exposiciones, que fueron muy buenas.

Estamos tratando de ajustar los tiempos, ya que nos queda una lista de expositores pendientes; lamentablemente, tendremos que dejar a algunos fuera, porque no nos dan los tiempos. En tal virtud, quiero solicitar el acuerdo de la comisión para pedir u a la Sala una prórroga de plazo de 25 días hábiles.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señora Presidenta, he estado analizando la secuencia de lo que ya se ha obrado y lo queda pendiente con la lista y con la minuta que usted nos envió.

Considerando que esta es una comisión especial investigadora, que tiene un plazo de 90 días para su cometido, plazo que se cumple el 24 de junio, y que el 8 de julio, a más tardar, debería estar votando su informe, todavía nos queda todo un mes.

Antes de que empezara la sesión le señalé a la Presidenta, que, para efectos de propósito, me parece que se ha allegado a la comisión un cúmulo suficiente de material que permite calificar criterios del mandato, es decir, el para qué se creó esta comisión.

Entiendo que hay muchos sectores que siempre piden ser escuchados, y para ecualizar esto, sugiero agregar una sesión adicional, en días martes, miércoles o jueves, para escuchar, si es que es eso, o tener una audiencia pública más larga, en un lunes determinado, para escuchar a más actores. Hago esta

propuesta, porque no comparto el criterio de prolongar los plazos. Creo que la comisión se está conformando en una convicción de lo que es el mandato, es decir, investigar y clarificar los orígenes del retraso, de la epidemia, del foco, porque esto requiere de una línea de navegación, y a mí me parece que, de aquí a un mes, podemos evacuar un buen informe y votarlo.

Entonces, de la lista que usted nos envió, me parece fundamental escuchar a la ministra de Educación, al ministro de Salud, que son, intersectorialmente, los más importantes. También hay exautoridades que podrían venir o no, cuestión que habría que calificar, como son los exministros Jaime Mañalich y Carmen Castillo, que no están obligados a asistir. Están, por supuesto, la Asociación Chilena de Protección de la Familia (Aprofa) y Onusida. Además, tenemos un conjunto de otros actores, que son del mundo no gubernamental, que ya hemos ido escuchando, para quienes se puede buscar una alternativa distinta.

Insisto, me parece mejor, sinceramente, colocar sesiones adicionales, pero no alargaría el plazo que está establecido que nos da tiempo hasta el 8 de julio para votar el informe.

Señorita Presidenta, lo importante es formarse una convicción -que nos hemos ido formando- sobre los problemas, las irregularidades y los aportes que puede hacer la comisión especial investigadora en la materia.

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

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señorita Presidenta, en la comisión hay una gran cantidad de diputados que somos miembros de la Comisión de Salud; de hecho, suspendimos las sesiones de la comisión para tener este espacio a fin de contar con estos 90 días. Incluso, aún tenemos una gran cantidad de proyectos de salud que no hemos podido abordar, porque no tenemos espacio.

Hay dos proyectos de ley que fueron calificados con urgencia, pronto ingresará a la comisión el proyecto de la ley nacional de cáncer y aún no despachamos el proyecto sobre eutanasia. Estamos supercomplicados en los tiempos, por lo que adhiero a la propuesta del diputado Juan Luis Castro en el sentido de ordenarnos dentro del tiempo que tenemos y no extendernos, con el objeto de ocupar este espacio y avanzar en los proyectos que están en la Comisión de Salud; de lo contrario, nos veremos muy complicados.

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

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señorita Presidenta, según los cálculos, ¿cuándo termina el plazo de la comisión?

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

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Señorita Presidenta, la última sesión sería el 24 de junio; luego hay

que contar 15 días de plazo para elaborar y votar las conclusiones del informe; o sea, en estricto rigor, tenemos las sesiones del 10 y 17 de junio.

Ahora, como dijo el diputado Juan Luis Castro, se puede citar a sesión especial otro día en la semana legislativa, es una atribución de la señorita Presidenta.

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

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señorita Presidenta, en la sesión pasada conversamos sobre el particular y quedamos en que hoy se iba a tomar una decisión.

Concuerdo con lo que dijeron los diputados Ricardo Celis y Juan Luis Castro. Sabemos el interés que tiene el tema, hemos escuchado a representantes de muchas organizaciones y creo que tenemos una idea de lo que sucede hoy en materia de VIH: estamos muy claros que ha sido nefasto todo lo que tiene que ver con la preocupación y la educación.

Desde esa perspectiva, es importante lo que expuso el diputado Ricardo Celis respecto de que la Comisión de Salud tiene otros proyectos que han quedado pendientes; por ello, debemos llegar a un buen acuerdo para no entorpecer el trabajo de dicha Comisión.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Entiendo, por eso planteé el punto desde el diagnóstico de la realidad de la Comisión de Salud, en la cual también participo de forma constante, no me es ajeno.

Ahora bien, lo que nos pasa tiene que ver con la urgencia del tema. Estamos en una crisis sanitaria, en un tema complejo y el reclamo de no ser escuchados se extiende, lo cual se refleja en la cantidad de organizaciones que nos solicitan ser escuchadas. Incluso, hoy en la mañana se realizaron peticiones de audiencia.

Desde esa perspectiva, si hemos dedicado 90 días, podemos dedicar 15 días más para cerrar las conclusiones de un informe.

He estado en constante conversación con don Jorge Acosta, quien está presente, y le he dicho que se puede transformar para el gobierno en la oportunidad de cambiar el sentido de cómo se ha abordado el tema, que nos parece de gravedad absoluta.

Entiendo la situación, pero quiero pedir que aprobemos realizar una sesión adicional, que podamos sesionar hasta el 8 de julio -estamos reduciendo lo más que podemos el plazo- y evacuar el informe en los 15 días antes de pasar a la otra semana legislativa, a fin de que se vote en la Sala.

Lo pido de verdad. No quiero sentir que dejamos no una pata coja, porque siento que hemos avanzado bastante y en ello comparto la visión del diputado Juan Luis Castro, pero sí es necesario escuchar al menos a una parte de las organizaciones que nos quedan en el listado, incluso algunas corresponden a solicitudes de diputados que están presentes.

Nunca hemos dejado de sesionar, de escuchar a los invitados e, incluso, lamento que en alguna oportunidad no asistieran algunos invitados, como ocurrió con el Colegio de Enfermeras de Chile, porque significa tener que abrir otro espacio, pero pido solo una sesión adicional. Finalmente, lo resuelve la Sala, pero es necesario el apoyo de la comisión.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, para resolver la situación sin extender los plazos, sugiero sesionar el 10 -próximo lunes-, el 17 y, si se acuerda, el 24 que es un lunes de semana distrital. Incluso, podemos venir el 1 de julio, pero con el compromiso de que el informe se vote el 8 de julio. Es decir, perfectamente podríamos realizar cuatro sesiones, pero -insisto- con el compromiso de votar el 8 el informe final, que corresponde al plazo previsto.

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

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Señorita Presidenta, si sesionamos el 1 de julio, solo tendríamos cuatro días para desarrollar las conclusiones.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Pero lo que importa es que el informe esté el 8.

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Es que el 8 vamos a votar las conclusiones.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Por eso, lo importante es votar las conclusiones el 8, según el mandato actual.

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Sí.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Podemos jugar con las fechas anteriores al plazo, es decir, podemos dar más contenido a otras sesiones, manteniendo el plazo hasta el 8.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Si se extiende, ¿cuándo sería?

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Señorita Presidenta, si se extendiera 25 días, el 25 de julio sería la última sesión.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Es mucho.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Es decir, ese día vence el plazo, no es que se sesione.

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Sí.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, haga una sesión más larga el 24, la hace valer por dos y la cita a las 9 o 9.30 horas hasta las 13.30 horas.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Podemos sesionar hasta las 14.00 horas el lunes que queda?

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Lógico. Haga una sesión larga el lunes 24, de 9.30 hasta las 14.00 horas.

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Señorita Presidenta, la sesión debe ser hasta las 13.30 horas, porque luego ocupan la sala.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Podemos extendernos en dos sesiones?

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Señorita Presidenta, hacemos una sesión especial...

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señorita Presidenta, la sesión que se realizará en esta misma sala el 24 comienza a las 14.30 horas.

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Entonces, el 24 podemos sesionar hasta las 14.00 horas.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- El lunes 1 se hace la última sesión.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- No, el lunes 24 de junio.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Es semana distrital, ¿van a venir?

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Señorita Presidenta, se puede acordar.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Ese es el tema, también tiene que ver con los invitados. No pueden venir a hablarme solo a mí, también es un tema de respeto.

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Señorita Presidenta, entonces, que se realice el lunes 1 de julio la sesión doble y el 8 se votan las conclusiones.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- En una semana de más. La señora Secretaria va preparando el documento.

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Sí, lo tengo hecho, pero hay que incluir las conclusiones.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señores diputados, para hacer la solicitud de ampliación, debemos tomar luego el acuerdo.

¿Habría acuerdo para realizar una sesión doble, de 9.30 a 14.00 horas?

Acordado.

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

-Se levantó la sesión a las 13.14 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ

Redactor

Jefe 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 13:10 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 OGC015098.mp4>