

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 11^a, celebrada en lunes 10 de junio de 2019, de 09:32 a 12:52 horas.

SUMARIO:

- Asistió la directora (S) del Instituto de Salud Pública; la jefa del Departamento de Epidemiología de Minsal; el director de Acción Gay; y el director del Instituto de Medicina de la Universidad Austral.

I.- PRESIDENCIA

Presidió la sesión la diputada Claudia Mix Jiménez.

Actuó como Secretaria Abogada accidental la señora María Teresa Calderón Rojas, 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, Marcela Hernando Pérez, Erika Olivera de la Fuente, Patricio Rosas Barrientos y Víctor Torres Jeldes.

Además asistió el diputado Ramón Barros Montero en reemplazo del diputado Jaime Bellolio Avaria.

III.- INVITADOS

Concurrieron como invitados la directora (S) del Instituto de Salud Pública, señora María Judith Mora¹, junto a la jefa Sección SIDA, señora Maritza Ríos; la jefa de gabinete, señora Carolina Alfaro, y el asesor legislativo del Minsal, señor Jorge Acosta; la jefa del Departamento de Epidemiología de Minsal, señora Johanna Acevedo²; el director de Acción Gay, señor Marco Becerra³, y el director del Instituto de Medicina de la Universidad Austral, señor Mario Calvo⁴.

IV.- CUENTA⁵

Se dio cuenta de los siguientes documentos:

1.- Oficio de la Secretaría General, mediante el cual informa que se autorizó modificar el horario de las sesiones ordinarias de los días 10 y 17 de junio, de 9:30 a 13:30 horas, con el fin de dar cumplimiento al cometido de la Comisión.

2.- Oficio del Subsecretario de Educación, señor Raúl Figueroa, mediante el cual responde a la solicitud de la Comisión, en relación a los programas ejecutados en materia de prevención de VIH-Sida en las escuelas públicas del país, en cumplimiento de lo requerido, adjuntando informe del Ministerio de Educación,

¹ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172229&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

² Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172228&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

³ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172230&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

⁴ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172501&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

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

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=61309&prmTIPO=DOCUMENTOCUENTACOMISION>

que fue remitido a los correos de los señores y señoras diputados y diputadas. (Responde oficio N° 019-2019).

3.-Oficio de la Ministra de Relaciones Exteriores (S), señora Carolina Valdivia, mediante el cual responde a la solicitud de la Comisión, en relación a los “convenios internacionales que Chile ha suscrito, en materia de prevención y tratamientos de VIH-Sida”. Comunica que el Ministerio no tiene registro de tratados suscritos por la República de Chile, sobre la materia en consulta. (Responde oficio N° 009-2019).

4.- Oficio del Administrador de la sede de Santiago, señor Jorge Eberle, mediante el cual comunica sobre los protocolos de seguridad para visitas externas a la Corporación, que consiste en verificación de ingreso, acreditación, revisión de detector de metales, rayos x, y comportamiento y vestimenta.

Comunica además que al revisar los videos de ingreso del señor Wily Morales, quien fue invitado a la sesión del día 3 de junio, no se aprecia apremio alguno, ni control excesivo e intimidante. Comunica que las imágenes del ingreso pueden ser solicitadas al subsecretario administrativo de la Corporación.

5.- Carta de la Ministra de Educación, señora Marcela Cubillos, mediante la cual excusa su inasistencia a la sesión, por problemas de agenda en el mismo horario.

6.- Nota de la Bancada del partido Unión Demócrata Independiente, mediante el cual informan que el diputado señor Jaime Bellolio, será reemplazado en la sesión por el diputado señor Ramón Barros.

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.

VI.- ORDEN DEL DÍA

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

TEXTO DEL DEBATE

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

El señor Secretario accidental dará lectura a la Cuenta.

-El señor **SALAZAR** (*Secretario ayudante*) da lectura a la Cuenta.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Con el objeto de continuar con nuestro cometido y dar cumplimiento a lo encomendado en el mandato, se citó a la ministra de Educación, señora Marcela Cubillos, de quien se leyó la excusa por su inasistencia a la sesión de hoy; a la directora (S) del Instituto de Salud Pública, señora María Judith Mora, quien viene acompañada por la jefa de sección SIDA, señora Maritza Rivas, y la jefa de gabinete, señora Carolina Alfaro.

Sobre la Cuenta, tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señora Presidenta, solo para encomendar a Secretaría, si es posible, requerir de la señora ministra de Educación su presencia en la Comisión, porque este es un tema interesante y sería importante que ella o alguien de su ministerio pueda hacer el aporte correspondiente.

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

Esta es la segunda citación que se le hace a la ministra de Educación. Como sabemos, asistió el subsecretario, pero la verdad es que concurrió antes del anuncio que hiciera en conjunto la ministra con el ministro de Salud respecto de la educación sexual para niños desde quinto básico.

Como Comisión, queremos conocer el detalle de ese anuncio, por lo que vamos a tener que insistir, independiente de la información que ella envió, porque es fundamental para el cierre del trabajo de esta comisión investigadora.

Reitero, era una citación; no invitación. Vamos a ver si en la próxima citación puede venir, puesto que nos queda solo un lunes.

-Interrupción por problema técnico con equipo.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En primer lugar, vamos a escuchar a la jefa del departamento de Epidemiología, señora Johanna Acevedo.

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Señorita Presidenta, he llegado a la comisión por la invitación para presentar los datos sobre la situación epidemiológica del VIH.

La presentación que haré tiene por objeto lograr una mayor comprensión acerca de cuáles son los datos y los límites que tiene cada una de las fuentes de información, a las que como Ministerio de Salud tenemos respecto del VIH.

En el primer punto se muestran las estimaciones poblacionales a través de Spectrum, que es la herramienta que ocupa Onusida; después, la situación del VIH sobre nuevos diagnósticos, que son las confirmaciones del ISP, que es nuestra fuente principal de uso de información; posteriormente, alguna información con respecto a la vigilancia epidemiológica propiamente tal y, por último, los datos de la mortalidad por Sida.

Cuando hablamos de VIH, lo primero que debemos entender es que nos encontramos con una situación sobre la cual conocemos una parte de la información y otra que nos es desconocida. Esto ocurre en todas las patologías, es decir, uno sabe cuántos son diabéticos, que son aquellos que llegan a hacerse un diagnóstico, y hay otro grupo de la población que tiene una enfermedad crónica, de manera silente y que no se sabe.

La primera esfera, que es lo primero que les voy a mostrar, tiene que ver con las estimaciones de Spectrum, con ese amplio rango, es decir, cuánto es lo conocido, más lo desconocido, con respecto al VIH; cuál es la carga estimada que tenemos de esta enfermedad en Chile. Ojo con las palabras "carga estimada" porque en el fondo son los datos que tenemos, más algo que modelamos desde el punto de vista estadístico para aproximarnos a la realidad de la carga de enfermedad en el país.

Después, acá en azul, figuran las fuentes de los datos confirmados, es decir, aquellos que han salido positivos a través de exámenes del ISP. Judith va a profundizar en ello, pero en esta instancia quiero recalcar que nosotros, desde el punto de vista, por ejemplo, del resto de los países de Latinoamérica, tenemos una estructura privilegiada, en relación con la confirmación diagnóstica. Chile y Uruguay son los únicos países en Latinoamérica que tienen diagnósticos centralizados de la patología y, además, los tenemos en el

ciento por ciento de los casos, lo que nos permite conocer muy bien cuál es la realidad de los nuevos casos confirmados.

La circunferencia en verde tiene que ver con los procesos de vigilancia epidemiológica. Una vez que los pacientes pasan de acá, deciden hacerse un examen, el examen sale positivo, pasan a un segundo examen, el que lleva la confirmación; además, se realiza un examen complementario para determinar la carga viral de esa persona, con el fin de tipificar cuál es el estado de la enfermedad. Aquí, aprovechamos de recabar cierta información adicional a la que teníamos para hacer el perfil, desde cuáles son los factores de riesgo y cuál es nuestra población más vulnerable, para hacer políticas públicas más focalizadas.

Habiendo dicho eso, les voy a mostrar dos *slides* que tienen que ver con las estimaciones de Spectrum. Esas estimaciones son las que aparecen en el informe anual de Onusida, en julio de todos los años. Les recuerdo que es un proceso de estimación, matemático, en que ocupamos varios algoritmos. Spectrum es un *software* que se usa de manera internacional, que ajusta de mejor o peor manera a algunos países, pero en términos generales lo usamos porque nos permite compararnos con el resto de los países. Lo último que se ha publicado son las estimaciones para 2017. Nosotros ya mandamos las estimaciones para el 2018, actualmente los datos están embargados, porque ya los aceptamos como país, hasta la publicación del informe, que ocurre después de la segunda quincena de julio.

¿Qué datos se ocupan en este *software* para estimar, más o menos, la carga de la enfermedad en los países? Se ocupan datos de la vigilancia, de las encuestas, del programa, datos demográficos de cómo estamos creciendo como país, para generar las tendencias y las proyecciones en los distintos indicadores.

En el fondo, el modelo abarca también la mortalidad y algunos otros datos vitales. Esto es muy importante porque es lo que da más robustez al modelo.

¿Cómo estamos? En el último informe, desde el punto de vista de la prevalencia, el número total de enfermos estimados viviendo con VIH en Chile era de 67.000, y les quiero mostrar que ese es el intervalo de confianza, dado que este es un proceso de estimación matemática, que se muestran 58.000 y 76.000, para efectos de 2017. Ese es el último informe internacional de Spectrum.

El otro punto es la estimación de incidencia. Voy a detenerme un poco. Olvídense de la presentación y concéntrense en mí. Lo que tenemos desde el punto de vista de las enfermedades son dos conceptos. Primero, les hablé de la prevalencia, que es el número total de enfermos en la población. El segundo concepto es la incidencia, que es el número total de nuevos enfermos en un período dado.

La estimación de incidencia, y este es el único elemento que lo tiene. Ninguno de los otros datos que voy a mostrar son incidencia real, porque la incidencia tiene que ver con los nuevos enfermos reales y lo que yo tengo con datos del ISP, con datos de la vigilancia, son los nuevos diagnósticos, que pueden ser personas que tengan la enfermedad hace dos años, tres años, cuatro años, cinco años y que recién se diagnostican en esta etapa.

Entonces, la estimación de incidencia, los nuevos casos, era 6.000 en 2017, con un intervalo de confianza entre 4.800 y 7.001.

Pasamos del componente 1, que tiene que ver con las estimaciones propiamente tal, a través de un *software* estadístico que utiliza datos de Chile, para ver cuáles son los datos reales.

Los datos reales son del ISP, esa es la certeza. Nosotros limpiamos, cada vez que alguien se hace un examen se envía la confirmación al ISP, se limpia por RUT -hay personas que se hacen tres, cuatro, cinco veces el examen, hasta que se convencen-, y lo filtramos, y estos son los datos reales.

Lo primero son los datos confirmados. Si alguien se repite tres años después un examen igual lo vamos a tener, porque lo trabajamos rutificado. Por lo tanto, son los datos confirmados por primera vez en el ISP.

Voy a mostrar algunos datos separados por país de origen, en el caso de chilenos y extranjeros. En la presentación se observan las tasas anuales. En cuanto al comportamiento de la enfermedad en nuestro país desde 2010 a 2018, se ha duplicado desde el punto de vista de la tasa como carga total de enfermedad en el país: 37,5 personas viviendo con VIH, de las cuales sabemos el diagnóstico, por cada 100.000 habitantes.

Ahora, la tasa es muy diferente en hombres y en mujeres. Tenemos alrededor de una mujer por cada cinco hombres.

La tasa en mujeres es de 12, si bien es cierto ha crecido, es alrededor del doble y en los hombres es un poco más del doble.

En este análisis gráfico de esta tendencia podemos ver -en rosado las mujeres, en azul los hombres- que estamos francamente lejos en cuanto a las tasas de cómo se da esta infección y que la tendencia en las mujeres es más bien estable, si bien es cierto muestra un ascenso, un cambio en la estructura de la curva, en los últimos años, aumentando la pendiente, que es mucho más notoria en los hombres.

En cuanto al caso de los hombres, las edades de mayor riesgo se concentran entre los 20 y 39 años, cuya tasa más alta se encuentra entre los 25 y 29 años. Al comparar ese grupo etario llegan a ser 109 versus el grupo de 50 años, que tiene 15. En el fondo, el mayor grupo de riesgo es la población de adultos jóvenes y muy jóvenes, que probablemente se infectaron con anterioridad.

Respecto de la distribución por regiones, se concentra principalmente en el extremo norte del país, Arica y Parinacota, 61 por ciento; Tarapacá, 51 por ciento y Antofagasta, 48 por ciento, con un promedio de 53,3 por ciento. En la Región Metropolitana, 52 por ciento y el resto del país es aproximadamente la mitad.

Lo que se observa en la presentación lo dejé porque estuvo en la controversia por algunos dichos del ministro, por lo que quiero mostrar los datos. Al ver el país de procedencia de la personas encontramos que la tasa de crecimiento de la enfermedad, que el año pasado fue de 18,6 a nivel global, y este años es de 19,2, no crece igual en chilenos y extranjeros. La tasa de crecimiento de la enfermedad en los chilenos es menos del 1 por ciento y en los extranjeros creció un 75 por ciento el último año.

Esto tiene que ver con que estamos diagnosticando no necesariamente que haya mayor infección en ese grupo, no es de nuevos infectados, sino que estamos recogiendo nuevos diagnósticos.

Datos de la vigilancia propiamente tal. Notificación de la enfermedad. El paciente se hace un examen, se realiza un segundo examen, se tipificó, el médico le formula algunas preguntas. En la presentación se observan algunas cosas generales. Los datos de la vigilancia son muy robustos desde el punto de vista de que nos nutrimos con los datos del ISP, con los datos a nivel nacional de activación de GES, etcétera,

y también lo filtramos con mortalidad para ver si alguien no ha quedado integrado en el registro.

Hasta el año pasado el sistema de vigilancia en salud pública se hacía en papel, en todo Chile, para todas las enfermedades, meningitis, tuberculosis, incluido el VIH. Entonces, el médico entrevistaba y la notificación en papel se enviaba a la seremi y ellos lo ingresaban.

A partir de enero de este año tenemos un sistema de notificación *on line*. Creemos que vamos a tener mucha mejor información. Aún está en una etapa de implementación, pero en el corto plazo los datos van a ser mucho más confiables, más rápidos y no vamos a tener pérdidas.

Sé que el período de investigación de esta comisión es de los últimos años, pero me pareció relevante contarles que en 1984 se diagnosticó el primer caso en Chile, año en que se diagnosticaron seis personas; en 1985, 11 casos, etcétera, hasta 47.567 casos de personas que se han notificado en nuestro país.

Al hacer la comparación entre hombres y mujeres, lo que se ha mantenido más bien estable a lo largo del tiempo, la tasa anual de pacientes que se diagnostican en etapa Sida versus VIH ha ido en disminución lentamente. Esperamos que el diagnóstico sea cada vez más precoz.

En 2018 en el caso de los hombres se diagnostica, en cuanto a tasa, 12 en Sida versus 22 en etapa VIH. En cuanto a las mujeres, son 2 versus 4,9. Comparando las dos tasas, son muchos más los que se diagnostican en etapa VIH versus etapa Sida.

Al principio, hasta los años 90, teníamos una tasa de notificación muy baja, menos de 50 casos al año. Después, a partir de los 90, fue en aumento. También quise graficar algunas crisis y los efectos en el cambio de la ley de autoridad sanitaria. Cuando se separan las dos subsecretarías, al menos desde el punto de vista de la notificación, se nota menos, como en los datos que entregó Judith Mora. Hubo un impacto. Eso pasó en todas las vigilancias.

El señor **TORRES**.- ¿Cuándo empezó a diagnosticarse antes, o sea, en la etapa VIH y en la etapa SIDA?

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- No hubo punto de quiebre. He tratado de hacer pruebas estadísticas, pero no hay.

La siguiente gráfica muestra información que me pareció importante que manejen.

Nosotros preguntamos acerca de los factores de riesgo que la persona identifica para haber adquirido la infección o la enfermedad. Entonces, los dividí en factores reportados por hombres y factores reportados por mujeres.

En ambos grupos, la principal vía de transmisión, o el mecanismo que la persona identifica, son las enfermedades de transmisión sexual, en un 97 por ciento.

Si los consideramos por separado, en el grupo de los hombres, el 61 por ciento reconoce las prácticas sexuales de hombres que tienen sexo con hombres para haber adquirido la enfermedad, y en el caso de las mujeres, más del 94 por ciento, por haber tenido una relación de tipo heterosexual.

Esto nos indica cuáles son los grupos principales de interés y en dónde se debería focalizar la política pública.

La lámina que sigue también me pareció muy importante, porque cuando se les pregunta por las prácticas de autocuidado para prevenir la enfermedad, o cuántas veces usan el preservativo de manera habitual, encontramos que hasta el año 2018 -previo al diagnóstico- menos del 10 por ciento refería haber usado el condón de manera sistemática.

Si bien ha aumentado desde el 2014 y se ha duplicado en 2018, me parece que es muy menor y despreciable, lo cual habla de que se debe focalizar en educación y en las prácticas de sexo seguro.

Algunos datos generales de mortalidad.

Hasta el año 2000, cuando hubo un aumento en la disponibilidad de la terapia, se dio un marcado aumento de los datos de mortalidad. Desde que se implementa la terapia, pese a que aumentó el diagnóstico, la mortalidad presenta un descenso. Y el *peak* del último año no es una diferencia estadísticamente significativa, pero este próximo año tendremos que analizar la tendencia. Además, estamos viendo si logramos modelarlo como grupo de mayor vulnerabilidad por algún factor de riesgo, pero hasta ahora no hemos logrado ajustarlo.

¿Cuántas son las personas fallecidas a causa de este virus? 10.416, con tasas anuales promedio de: 3 por cien mil habitantes en los últimos 5 años; 5 por cien mil y 1 por cien mil para las mujeres.

Es cuanto puedo informar.

No sé si hay dudas o comentarios.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señora Johanna, usted dijo algo muy importante, que me dejó

preocupada: señaló como ventaja la centralización de la información del ISP, que ha sido una de las quejas planteadas por la mayoría de las organizaciones, incluso de algunas instituciones. También la diputada Hernando se manifestó preocupada porque se centralizara la notificación de los casos, pudiendo hacerlo más expedito a través de las regiones. Entonces, llamó la atención que defendiera la centralización de la información.

¿En verdad creen que es una ventaja que siga siendo tan centralizada, sobre todo por el problema que hay con la tramitación de la toma de exámenes y la notificación a los pacientes?

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Señorita Presidenta, Judith Mora es más experta que yo en los procesos de toma de muestra.

En todo caso, aquellas enfermedades que son de importancia en salud pública, incluido el VIH, tienen este sistema como de estrategia de salud pública en el país, no solo para esta enfermedad, sino también para varias otras. Se podría plantear si hubiera tres o cuatro laboratorios, no más, como una ventaja.

Ahora, desde el punto de vista del envío de muestras - lo digo como jefa de epidemiología- todas las enfermedades son de vigilancia y de importancia en salud pública.

Por lo tanto, la logística que tiene nuestro país hace que, por ejemplo, se instale un laboratorio de referencia en Antofagasta. No siempre es más fácil, porque el envío igual debe ir a Santiago y después volver a Antofagasta. Usted lo envía por Coleman, perdone lo gráfica. Pero, finalmente, siempre llegan a Santiago. Y yo lo veo como una ventaja, porque cuando uno mira los datos, la forma en que modelan los otros Estados miembros -acabo de ir a Panamá, en marzo- y la calidad del dato, desde el punto de vista de la confiabilidad, la nuestra es muy robusta; yo me siento confiada de que esos son los datos. Entonces, me parece que el Instituto de Salud Pública es bastante riguroso y robusto, tanto en las técnicas como en las prestaciones. Ahora, no se debe confundir que uno tenga una estrategia de contra *check* centralizada, que es lo que hace, con creer que tenemos una notificación centralizada, porque la notificación sí se hace en cada una de las regiones: las muestras se toman a nivel regional, la confirmación se

entrega a la persona a nivel regional, el seguimiento se hace a nivel regional, etcétera.

Entonces, son procesos distintos: uno es el componente laboratorio y otro es cómo opera el proceso de VIH.

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

El señor **TORRES**.- Señora Presidenta, lamentablemente no tenemos la presentación impresa, pero una de las últimas curvas que mostró, donde se habló del *peak* del último año o del aumento, y dijiste que aún no hay un estudio que permita establecer que existe una tendencia y más bien es un evento. Eso logré entender.

Muchas de las organizaciones que han venido a la comisión han mostrado preocupación por el aumento en el número de nuevos diagnosticados con VIH, aumento que lo asocian a nuevas conductas sexuales. ¿Ustedes evaluaron la existencia de una tendencia al alza producto de nuevas conductas sexuales o analizaron qué está ocurriendo?

Otro aspecto que me llamó la atención es el grupo etario, ¿por qué hay mayor cantidad de contagios, según señalaste, entre los 25 y los 39 años de edad? ¿Cuál es la razón de que la mayor cantidad de contagios esté concentrada en ese grupo?

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

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Respecto del primer punto, el aumento es en función de la mortalidad, no de la incidencia, es decir, en el primer punto se muestra que la mortalidad llegó a su *pick* en el 2000, comenzó a descender y en el último año se observa una discreta alza, que queremos estudiar más. Hasta ahora, no es significativa, pero vamos a ver cómo se comporta este año. Además, estamos observando su relación con las edades, si son, por ejemplo, muertes precoces, etcétera.

Respecto del aumento de nuevos casos, efectivamente hay un reconocimiento y, como dije, se ha más que duplicado en los últimos diez años. Por lo tanto, quiero desmentir que estamos diciendo que no existe el problema, pues sí existe.

Además, es efectivo que existen grupos de mayor riesgo, como son los adultos jóvenes o los jóvenes.

Ahora, en términos de epidemia, si uno mira otras enfermedades de transmisión sexual -feliz puedo venir a

presentar otras infecciones-, ocurre el mismo fenómeno y así lo decretan la OCDE y el Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Por ejemplo, existe preocupación mundial por la tasa de contagio de gonorrea entre los 20 y los 24 años de edad. Chile no es un país aislado ni se trata de un problema que solo afecta a Chile.

No tenemos mayores estudios que los que nos entregan los datos que obtenemos desde la vigilancia, pero se ha visto y así lo reportan otros estudios que el incremento se asocia con la disminución de la percepción del riesgo, el aumento de las parejas sexuales y la menor edad de inicio de la actividad sexual, entre otros factores. Esto, y lo recalco, para que quede en acta, según la reportería de estudios internacionales.

En nuestro país se han hecho pequeños estudios, principalmente desde la sociedad civil, que dan cuenta un poco de la realidad, pero no tienen representatividad nacional.

Por ello, quiero destacar que como Ministerio de Salud hemos tomado la iniciativa -salió en la prensa- y vamos a hacer la primera encuesta nacional de salud sexual, con representatividad nacional. La encuesta la lidera mi departamento, así que puedo hablar ampliamente del asunto.

La idea es hacerla a mayores de 18 años y abarcar toda la realidad que tiene que ver con este constructo social que es la sexualidad, cómo se vivencia, cuáles son los factores de riesgo, las prácticas, hasta la identidad de género, etcétera. En esto estamos trabajando un grupo de integrantes del ministerio, junto a expertos de la academia y expertos internacionales que nos asesoran. La idea es empezar a fin de año; nosotros ya enviamos a Jurídica los términos de referencia del estudio.

Se va a encuestar a más de 20.000 personas, lo cual nos va a permitir definir las preguntas que usted se hace y las que también nosotros nos hacemos: cuáles son las prácticas y cuál es el perfil, a fin de tomar acciones de salud pública pertinentes a la realidad de nuestro país.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Johanna, basados en los datos de la prevalencia, que son los más complejos de identificar, y como Departamento de Epidemiología, ¿ustedes creen que tenemos alguna posibilidad de llegar al 90 por ciento comprometido por Chile en la OMS o de cumplir con los compromisos adquiridos respecto del 90-90-90?

Tiene la palabra la señora Johanna Acevedo.

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Señorita Presidenta, creo que es probable. Hemos mejorado y, a pesar de que no puedo hablar de las estimaciones de este año, porque los datos están embargados, mejoramos bastante. Es probable, si seguimos en esa línea y logramos focalizar prácticas de búsqueda activa.

Para que quede en acta, quiero señalar que espero que al final de este año se dupliquen los casos diagnosticados, lo cual daría cuenta de una política de búsqueda activa eficiente, que me permitió captar a todas esas personas, a ese grupo desconocido, que tiene la enfermedad y que está sin tratamiento.

Entiendo que va a venir Ángelo, así que en otra sesión les va a explicar cómo nos ha ido con la campaña; a mi juicio, nos ha ido bastante bien. En marzo se inició la búsqueda focalizada en los institutos de educación superior y, si nos aliamos con la sociedad civil y logramos ir a los grupos de mayor riesgo epidemiológico, podríamos lograrlo.

Lograr el objetivo depende de nosotros. Hago hincapié en que depende de que la sociedad civil sea responsable y de que las personas que saben que tienen un factor de riesgo, acudan a hacerse el examen. Desde el punto de vista de la salud pública, el VIH y todas las patologías crónicas tienen un componente que se relaciona con el autocuidado y con la percepción de riesgo, que motiva a realizarse el examen y no llegar tarde. Y hago el hincapié con el VIH, pero también con la diabetes, la hipertensión y todas las enfermedades en las que tenemos un problema de pesquisa.

Tenemos oferta. En la salud pública, el examen médico preventivo del adulto es gratuito y está disponible para todos los pacientes del Fonasa. En las isapres, anualmente se miden la glicemia, el colesterol, etcétera; se realizan varios exámenes. Sin embargo, la tasa de gente que pide realizarse el examen es superbajita. Hay que ir a buscarlos, porque es una meta, tenemos que hacer un mínimo.

Creo que lo mismo pasa en VIH; o sea, hay un aumento y, a lo mejor, este aumento radica en que ahora se les hace exámenes a los prequirúrgicos, se hacen exámenes en el control del embarazo.

En definitiva, nosotros tratamos de introducir probabilidades de pesquisa oportuna, pero es importante que ustedes hagan un llamado a que los jóvenes o aquellos que

sientan que tienen algún factor de riesgo acudan a realizarse el examen.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Está en el espíritu de la comisión aportar a la elaboración de una política pública que nos permita llegar a esa meta.

Sin embargo, hay que ser realistas y pensar que ojalá podamos llegar a los 50.000 contagiados que todavía no se sabe quiénes son, lo cual significaría para el Estado una segunda fase, que estaría vinculada más bien con la incidencia de ser capaces de acogerlos. El tema es cómo los acogemos, porque, hasta ahora, hemos escuchado que no hay recursos para recibir a esas 50.000 personas y eso también es nuestra preocupación.

La pregunta que formulé apunta a si estamos en condiciones de cumplir con el objetivo planteado para el 2020, que es la primera meta, de llegar a ese 90 por ciento de personas a quienes no hemos logrado llegar. Esa es específicamente la pregunta, aunque quisiéramos escuchar a todos responder que no se preocupen, porque están los recursos.

Si nos basamos en lo que hemos podido detectar, la situación está compleja y requiere que el ministerio converse con la sociedad civil.

Tiene la palabra la señora María Judith Mora.

La señora **MORA** (doña María Judith).- Soy Judith Mora, directora subrogante del Instituto de Salud Pública (ISP) y me acompaña Marisa Rivas, jefa de la Sección Sida del instituto.

Dentro de las actividades que realiza el ISP, como laboratorio nacional de referencia, está la confirmación del VIH, tanto en adultos como en Sida pediátrico, que es un enfoque distinto a la confirmación, sobre todo en el caso de los hijos de madre VIH positiva.

El ISP realiza la evaluación de calidad de todos los reactivos de tamizaje que se utilizan en el país. Los reactivos de tamizaje que ingresan deben ser evaluados en el Instituto de Salud Pública para garantizar su calidad.

En apoyo a la calidad de los laboratorios, se realiza un soporte de evaluación externa a la calidad. Esto implica el envío periódico de muestras en ciego para que los laboratorios clínicos respondan y nosotros podamos evaluar y detectar si hay errores, con el objeto de fortalecer el diagnóstico siempre con una mejora continua.

Además, se realizan supervisiones a la red de laboratorios. El ISP trabaja en otras materias, como la

caracterización de las variantes de VIH circulante a través estudios de genética molecular, con el objeto de saber lo que tenemos en el país y determinar la resistencia de los tratamientos con antivirales.

Somos el ente que entrega la información para la vigilancia epidemiológica y para las decisiones de políticas públicas. Además, tiene a cargo la capacitación de la red y de los profesionales, talleres y documentos técnicos.

Es importante que el diagnóstico de VIH y todo lo que esté relacionado con el examen, tenga un amplio marco legal y normativa. Entre ello, se encuentra la ley del Sida, que garantiza y vela porque sea un examen voluntario y confidencial.

El reglamento N° 182, que ha sido modificado a través del tiempo -la última en 2018-, establece el proceso de realización del examen. La última actualización tuvo que ver con la implementación del test rápido, especialmente en la atención primaria de salud (APS).

La ley GES, que regula el acceso y la oferta; el manual de procedimientos, que regula los procesos relacionados con el examen y el rol de los distintos actores. Las circulares N° 41 y N° 20, que van en relación con los resultados y derivaciones, implica ir dando cuenta de la evolución a través de la implementación de los test rápidos.

La Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis, para ofrecer a la mujer embarazada el examen y tratamiento con relación a prevenir la transmisión vertical.

La circular que regula el tamizaje obligatorio y microbiológico para la donación de sangre, entre ellos el VIH, la hepatitis B, hepatitis C, HTLV 1, enfermedad de Chagas y la sífilis.

Por último, el decreto N° 158, que establece que el VIH es una enfermedad de notificación obligatoria.

El ISP es el laboratorio de referencia desde 1987. En la última década, desde 2010, ha habido un aumento constante y progresivo de las muestras que se reciben para confirmación.

Todos los tamizaje que se realiza en el país, ya sea en los laboratorios clínicos, públicos o privados; en los centros de sangre, públicos o privados; todas las muestras reactivas al tamizaje van a una confirmación que se realiza en el Instituto de Salud Pública. Las muestras recibidas desde

2010 a abril de 2019 suman un total de 82.185 muestras. De estas, 45.953 muestras son positivas.

Al filtrar por caso, tomando la clave de identificación asociada aparte del RUT, porque el resultado es confidencial, obtenemos el número de casos de nuevos diagnósticos, pero no sabemos cuándo fue infectado. Son nuevos diagnósticos, algunos pueden ser recientes y otros tener mayor anterioridad. Solo algunos podemos detectar cuando hay un proceso claro de seroconversión, pero son muy pocos los casos que se pueden detectar en el laboratorio. Luego de ese filtro, obtenemos un total de 42.182 casos. Es decir, un 8 por ciento se realiza el examen más de una vez.

El examen está disponible para todos, pero cuando recibimos una muestra que ya ha tenido una confirmación anterior, se hace un tamizaje; no se hace el proceso completo porque debemos optimizar los reactivos. Sin embargo, cuando hay coincidencia absoluta de la clave, verificamos la muestra y si el plazo anterior fue hace más de tres meses, reportamos e informamos en qué fecha fue detectado el examen. Si cambia cualquier letra, aunque sea un error, se toma como un caso distinto. De ahí sale ese dato de los 42.000 versus los 45.000 de las muestras.

De los 2.900 casos de 2010, en 2017 tuvimos casi el doble, 5.816; en 2018, 19 por ciento más de nuevos casos diagnosticados; y entre enero y abril de 2019, 2.554.

El señor **TORRES**.- ¿La cifra de nuevos casos diagnosticados se debe a que hubo más casos o a que se pesquisarón más?

La señora **MORA** (doña María Judith).- Son nuevos casos, pero en comparación al año anterior son casos que no tenían diagnóstico anterior. Es la primera vez que se diagnostican en el instituto.

Están filtrados por casos.

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Efectivamente, se ha duplicado anualmente el número de personas que se realiza el examen. Sin embargo, aun no se puede construir la tasa de todos los que se realizan el examen, pero sí llegan más exámenes que en años anteriores.

La señora **MORA** (doña María Judith).- Después hablaremos del detalle de los exámenes de tamizaje, porque al instituto solo llegan aquellos que son reactivos al tamizaje y de ahí viene la confirmación. Sin embargo, cuando vemos por casos

confirmados, efectivamente, hay un aumento. En 2017, hubo un 18 por ciento más que el año anterior, y en 2019, un 19 por ciento más.

En la presentación, la línea azul representa el total de muestras recibidas. En 2018, recibimos 12.538 muestras para confirmar. De esas, se confirmaron 7.481 casos y 6.948 casos, que son los que están reflejados en el gráfico. Como se puede apreciar, hay un aumento constante y un incremento continuo del número de muestras recibidas y también del número de casos.

Al hacer la revisión de las muestras recibidas y la diferencia entre sistema público y privado, los otros datos corresponden principalmente a Fuerzas Armadas, Carabineros y delegados, en el porcentaje de las muestras públicas, en el período de diez años, el valor más bajo fue en 2015 con 50 por ciento de las muestras recibidas pertenecientes al sector público, de las cuales corresponde al 46 por ciento de los casos. Eso ha ido en aumento en los últimos años, por lo que podemos ver que implica que a mayor oferta, llega un mayor número de muestras a confirmar. Al respecto, se puede concluir que el 64 por ciento de lo recibido viene del sector público.

Debo hacer hincapié en que por público no me refiero a la previsión, sino a la procedencia de la muestra. Por ejemplo, si el paciente es Fonasa y se hace el examen en un laboratorio privado, él usará su previsión, pero a nosotros nos llegará la muestra como procedencia de laboratorio privado. Ese punto quiero que quede claro, porque la confirmación de VIH no tiene costo y lo asume el Estado en su rol de vigilante, por lo que, sea público o privado, se reciben todas las muestras.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tenemos el 36 por ciento que viene el sector privado, ¿a eso se refiere?

La señora **MORA** (doña María Judith).- Exacto.

El señor **TORRES**.- Como prestador.

La señora **MORA** (doña María Judith).- Como prestador, justamente, pero eso significa que es un oferente no menor, importante de considerar dentro de nuestros programas.

Acá tengo la referencia, esto me lo cedió el programa. Ellos tienen el antecedente de los exámenes que se realizan en el país. También es importante destacar el aumento de exámenes. En el año 2011, 889.000; y, en el año 2018, 1.501.404. Eso significa un porcentaje de incremento en el periodo del 68 por ciento, y de esa cifra quiero destacar que, de este millón y medio de exámenes que se realizan, al ISP llegan 12.538

tamizajes reactivos, es decir, el 1 por ciento. De eso, menos del 1 por ciento se confirma positivo.

Por lo tanto, es muy importante garantizar la calidad de esos exámenes de tamizaje.

El señor **TORRES**.- Son los que se reciben positivos.

La señora **MORA** (doña María Judith).- Estos son los que se realizan en el país.

El señor **ACOSTA**.- De tamizaje.

La señora **MORA** (doña María Judith).- Y aquí, tomando el año 2018, de este millón y medio, 12.538 son las muestras que dieron tamizaje reactivo y que van a confirmar.

Las técnicas de tamizaje deben tener una alta sensibilidad, no se les puede escapar ningún caso, pero su especificidad no es del ciento por ciento. Pero si tomamos el total del universo, su especificidad es de alrededor del 98 o 99 por ciento, o sea, cumple con los criterios establecidos.

La sensibilidad consiste en detectar todo y que no se nos escape ninguna de las muestras positivas, y especificidad es que todos aquellos positivos sean realmente positivos, o que los negativos los pueda descartar.

Otro de los roles del ISP es la evaluación de la calidad de los reactivos diagnósticos, debido a la importancia que tiene el tamizaje. Si bien aún no es obligatorio como dispositivo médico -estamos trabajando en el reglamento-, la verificación se debe hacer en el ISP. Eso se hace con muestras que nosotros hemos confirmado, o sea, muestras de pacientes que viven en Chile. Se hace la verificación destinada a establecer que tenga el ciento por ciento de sensibilidad y sobre el 95 por ciento de especificidad.

La especificidad es importante porque, si tengo una técnica de tamizaje con el 90 por ciento, por ejemplo, significa que, de ese millón y medio, no van a llegar 12.000, sino que vamos a tener un gran volumen de muestras falsas positivas para confirmar, y eso tiene impacto en la confirmación y para los pacientes, porque significa que pacientes negativos deben someterse a una confirmación. Por lo tanto, es muy importante, y obviamente la sensibilidad es fundamental, sobre todo banco de sangre y pruebas de tamizaje.

El primer ensayo que aparece en la lámina que estoy mostrando, correspondiente a 1999, ha evaluado una gran cantidad de exámenes de tamizaje. Entre 1999 y mayo de 2019 figuran 21 ensayos comerciales de lectura visual que llamamos

test rápidos, pero para nosotros es algo simple y de una lectura visual que no requiere instrumento.

Ellos cumplen con el ciento por ciento de sensibilidad y más del 95 por ciento de especificidad, que es la línea de corte.

También tenemos técnicas que permiten evaluar tanto en suero, como en plasma y en sangre, o sea, la que permite el pinchazo de dedo para trabajar con la muestra de sangre, y que son los que se utilizan para el test rápido, sobre todo lo que es APS, y también en bastantes laboratorios.

Según los resultados del programa de evaluación externo, sabemos qué técnicas de tamizaje se utilizan en el país, y cuando hacemos el análisis con respecto a laboratorios clínicos públicos y privados, pueden ver que, de las técnicas visuales utilizadas, los públicos son el 36 por ciento, test visuales o rápidos; en el privado, el 57 por ciento corresponde a técnicas rápidas.

El test rápido es instrumental y se puede hacer fuera del ámbito del laboratorio o con menos requisitos, pero no es tan rápido en el sentido de que también requiere una implementación, es uno a uno, es con el paciente, pero el resultado es inmediato en caso de que sea negativo.

Igualmente requiere una confirmación, en el caso de los reactivos, pero si debo realizar un alto volumen en un laboratorio, obviamente el test que requiero es el instrumental, que podré realizar en tres o cuatro horas si es muestra.

Dependiendo del objetivo, es importante determinar cuál es el test que conviene utilizar, y también en el caso de los instrumentales, los bancos de sangre utilizan muestras de diagnóstico instrumental.

En ese sentido, tenemos evaluados 21 ensayos comerciales que están disponibles, todos para suero y plasma, y tenemos, al igual que en los test rápidos, técnicas de cuarta generación, que son más precoces en su detección. Obviamente, en los test instrumentales para banco de sangre es fundamental la sensibilidad.

En el programa de evaluación externa de la calidad, este es el resultado del programa de evaluación externa de serología de anticuerpos de 2018. Se realizan dos envíos al año, uno en el primer semestre y otro en el segundo. Es un panel de muestra y se hacen 376 envíos. Participan 376

laboratorios del país y la cobertura es superior al 95 o 98 por ciento. De ese total, 114 laboratorios son públicos y 262 son privados, y se encuentran en todas las regiones del país.

Tenemos sobre el 95 por ciento de participación y, como pueden ver en el gráfico, también ha ido en aumento el número de laboratorios que participan, los que permiten tener un mayor acceso y disponibilidad del examen a los pacientes, también con una muy buena tasa o porcentaje de respuesta.

El programa de evaluación externa de la calidad nos permite conocer los tamizajes que se realizan en el país, las técnicas utilizadas, pesquisar si hay alguna técnica no recomendada o no evaluada, y eso genera un programa de supervisión que realiza el instituto, tanto directa como indirecta, para hacer talleres de capacitación y definir si se requiere la visita o suspensión de la prestación, si detectamos un error grave.

El programa externo de la calidad permite a los laboratorios tener un control que fortalece su sistema de calidad.

Ahora, la meta del 90-90-90, que apunta a que el 90 por ciento de las personas con VIH conozca su estado serológico, que el 90 por ciento de las personas con VIH reciba tratamiento antirretroviral respectivo, y que en el 98 por ciento de las personas en tratamiento se logre la supresión y no se detecte la carga viral.

Con respecto al primer 90, que es el primer pilar de esta cascada, hay que trabajar en ampliar las pruebas de VIH. En ese sentido, como veíamos, se ha aumentado la disponibilidad del examen; el ISP también ha realizado modificaciones en su algoritmo, reduciendo las etapas de confirmación, pero siempre manteniendo la garantía de la calidad.

También se ha implementado el envío *on line* de resultados de confirmación de VIH, lo que disminuye los tiempos, sobre todo por el tema del *courrier* o del correo. El sistema sur VIH tiene trazabilidad en todo el sistema público, desde el envío de la muestra hasta la recepción del resultado, y este año se incorporó la modalidad de envío *on line* para el sistema privado.

El señor **TORRES**.- ¿Ha aumentado el porcentaje de personas que conocen su estado serológico o solo han aumentado los diagnósticos?

La señora **MORA** (doña María Judith).- Respecto de la notificación, el porcentaje es casi del ciento por ciento.

El señor **TORRES**.- El primer 90 por ciento se refiere a personas que conocen su estado.

La señora **MORA** (doña María Judith).- Sí. Eso dijo Johanna, que tenemos en los datos de 2016, alrededor de 70 por ciento, y todavía están en análisis los nuevos datos para saber el aumento.

El señor **TORRES**.- En cuánto aumentará respecto del porcentaje.

La señora **MORA** (doña María Judith).- Todo apunta a eso y trabajamos para mejorarlos.

El señor **TORRES**.- Debiéramos estar mejorando ese porcentaje.

La señora **MORA** (doña María Judith).- Así es.

El resultado *on line* es con firma electrónica avanzada, porque debe garantizar la confidencialidad. Apunta a la oportunidad de la recepción, porque antiguamente el resultado en papel pasaba por muchos lugares y se retrasaba. En este caso me refiero al envío *on line* del resultado.

También está el tema de la disponibilidad del test rápido en la atención primaria de salud. Por ejemplo, en el test rápido, todos los resultados de tamizaje positivo van directamente al Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) para su confirmación y se notifica inmediatamente. En el tamizaje del test rápido deben ser dos muestras, una es el pinchazo, pero después se debe tomar la muestra de sangre para hacer la confirmación.

Respecto del algoritmo de confirmación, es importante señalar que debe cumplir una serie de objetivos y estándares. De partida, hay una combinación tanto de los métodos serológicos como de los moleculares.

Nosotros debemos tener la capacidad de detectar anticuerpos, el antígeno p24, la combinación de ambos y la detección del provirus, es decir, del DNA viral o del ARN circulante, que es la carga viral, por métodos moleculares.

Todo esto se hace en una secuencia establecida y dependiendo de las reactividades, de los antecedentes y resultados obtenidos en este algoritmo, se van aplicando las metodologías.

Dentro de los exámenes de confirmación tenemos el tamizaje. Hay un porcentaje importante que se descarta al

primer tamizaje, que es lo esperado; hay un porcentaje que da negativo y con eso se informa directamente negativo. Hay un 20 por ciento que descartamos y que inmediatamente se informa.

Posteriormente, hay disponibilidad para la confirmación. Es importante la confirmación por lo que decía respecto de las técnicas de tamizaje que no tienen un ciento por ciento de especificidad. Las técnicas de confirmación sí son altamente específicas. En eso tenemos distintos ensayos, el serológico, determinación de antígeno p24 y de ácidos nucleicos tanto de PCR en tiempo real para el provirus o como el ARN carga viral.

¿Cuál es el objetivo de este algoritmo de confirmación? Entregar la seguridad y la confianza en el diagnóstico es relevante tanto en un resultado verdadero negativo como un verdadero positivo.

Se debe garantizar la calidad del resultado en todo el país, tener ensayos validados, verificados, tener control de calidad interno, registro, trazabilidad, resguardo de los datos y programas de intercomparación.

Además, el Instituto tiene un sistema de gestión de calidad y recientemente acreditó frente a la ENAC, la empresa nacional acreditadora de España, la confirmación del VIH. Recibió la ISO 15.189. También participamos de otros programas externos de calidad.

Es muy importante garantizar la sensibilidad. Tenemos que detectar todos los casos VIH positivos. En eso tenemos algunos casos que están en etapa inicial de seroconversión; debemos ser capaces de detectar si hay antígeno p24, si hay solo RN o ácidos nucleicos; también en los recién nacidos. Para los recién nacidos es un algoritmo diferenciado porque todos ellos nacen con los anticuerpos de la madre. Por lo tanto, el diagnóstico es a través de PCR para determinar la infección, porque el anticuerpo lo va perdiendo. Después solo podríamos realizar el diagnóstico serológico -como era en un comienzo- sobre los 6 meses de edad, pero hoy el diagnóstico es en los primeros meses de vida.

También la especificidad es muy importante. Tenemos que ser capaces de dar el diagnóstico confiable en todos aquellos que no están infectados, tanto a adultos como hijos de madres VIH positiva.

En toda esta combinación no podemos perder el objetivo de minimizar el número de ensayos, pero además tener la

exactitud del diagnóstico, trabajando con los tiempos de respuesta versus la seguridad.

Lo otro es minimizar el número de muestras con seguimiento. Las muestras indeterminadas son las más complejas para todos, para el laboratorio y los pacientes, cuando ven los resultados del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) y no se pueden confirmar. Por eso es tan importante tener metodologías que nos permitan en la primera muestra hacer el diagnóstico y la confirmación. Generalmente, es a través de PCR.

También es importante considerar la efectividad de estos algoritmos, el costo-efectividad, para garantizar los recursos y la calidad del diagnóstico.

Respecto de la evolución, y considerando los tiempos de respuesta, quiero destacar que en 2010 el 18 por ciento cumplía dentro de los 12 días.

Se ha trabajado intensamente en mejorar esos tiempos de respuesta y es así como en 2017 tenemos el 92 por ciento en 10 días, y eso se ha mantenido en 2018, 92,4 por ciento. En lo que va de 2019 tenemos 96 por ciento en 10 días, con un promedio de 7,7 días.

Debemos considerar que a pesar del porcentaje de aumento de muestras se ha podido mantener los tiempos de respuesta. Eso es muy importante, porque además requiere un gran esfuerzo por las técnicas de algoritmo disminuyendo algunas metodologías, fortaleciendo con metodologías por detección de ácidos nucleicos o biología molecular; además, por los sistemas informáticos y otros fortalecimientos de recursos humanos.

En la siguiente grafica pueden ver el presupuesto. Los gastos asociados a VIH desde 2010 hasta 2015 eran alrededor de los 600 millones, posteriormente ha ido en aumento.

En 2018 hubo un aumento importante del presupuesto principalmente en recurso humano y en los reactivos. La biología molecular tiene un costo importante, elevado, por muestra; hay un mayor número de muestras. Además, fortalecimiento en equipos y otros sistemas que se requieren para dar los cumplimientos que he mencionado.

En 2019 tenemos un proyecto de expansión aprobado, que se está ejecutando, donde también hay reforzamiento de recuso humano, equipos y reactivos para la realización de carga viral y biología molecular para un mayor número de muestras y también

para trabajar en la sensibilidad o en la resistencia a los antirretrovirales.

Señora Presidenta, es cuanto quería comentarles respecto de la confirmación de VIH en el Instituto de Salud Pública (ISP).

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En nombre de la comisión agradezco la presentación de la directora subrogante del Instituto de Salud Pública, señora María Judith Mora.

Tiene la palabra la diputada señor Erika Olivera.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señora Presidenta, quiero hacer solo una pregunta respecto de lo que mencionó al final de la presentación donde hablaba de la falta de educación sexual.

Me gustaría que nos pudiese entregar algunos lineamientos u orientación de cómo ven ustedes que debería ser y ser enfrentada la educación sexual, sobre todo en los establecimientos educacionales, que es donde se da la mayor carencia de educación sexual.

Por lo tanto, me gustaría saber cómo apuntarían ustedes ese tipo de educación.

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

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Señora Presidenta, la educación sexual propiamente tal es pertinencia del programa, por eso, solicito que sea uno de sus representante quien haga la presentación del programa, la relación con la sociedad civil y el enfrentamiento de esa problemática.

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

El señor **TORRES**.- Señorita Presidenta, respecto del estudio, fundamentalmente de la construcción de los elementos que se van a evaluar, quiero saber si se van a conocer previamente o solo vamos a conocer los resultados, porque, como iniciativa, me parece algo muy valorable. Tengo interés en que ese estudio tenga el máximo de variables a ser evaluadas.

En segundo lugar, me interesa saber cuáles son los plazos que tienen establecidos. Se dijo que sería de aquí a fin de año, y entiendo que el proceso es burocrático. Pero superada la burocracia, cuál es la planificación que tienen para realizar las pruebas de campo y las evaluaciones correspondientes, para lograr resultados evaluables.

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

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Señorita Presidenta, lo primero que podemos hacer es venir a presentar el estudio, la construcción del instrumento y la definición de los marcos estratégicos que va a abarcar.

Tiene más de 15 ítems. El único estudio que se ha hecho es el Cosecon, en 1998, impulsado por Onusida y tuvimos la necesidad de reactivarlo.

Hubo muchos intentos de hacer un estudio de comportamiento sexual -y en esto debo hablar a favor de nuestro actual ministro de Salud-, pero en enero, a raíz de un nuevo crecimiento de la tasa, levanté la alarma de que necesitábamos los datos, para focalizarnos, tras lo cual me encontré con bastante riqueza de avances en esta iniciativa.

Abarca diferentes áreas -son más de quince-, desde conductas sexuales propiamente tales, prácticas sexuales, construcción de la identidad sexual, género, violencia, etcétera, todo lo cual tiene que ver con cómo nos relacionamos como seres humanos con esta "construcción" de la salud sexual.

En esta línea, tenemos un grupo con dos grandes investigadores chilenos, donde uno es Irma Palma, de la Universidad de Chile, y el otro es Jaime Barrientos, quien actualmente trabaja en la Universidad Alberto Hurtado, junto con Michel Bozon, antropólogo y sociólogo, que ha asesorado en los estudios de comportamiento sexual en diferentes países de Latinoamérica, incluidos México y Brasil. El estudio es amplio y no tengo problemas para hacerles una presentación.

Desde el punto de vista de nuestra planificación, ya enviamos los términos de referencia y la aprobación jurídica; procesos que también deben pasar por la Contraloría.

Lo que nosotros planificamos es un período de fase piloto, que se hace con el 10 por ciento de la muestra, que equivale a 2.000 personas, y no debería durar más allá de dos meses. Luego, se hace el levantamiento de la información, que correspondería a otros seis meses, lo que dependerá del instrumento de captura de información, que esperamos sea un tablet, para ahorrar tiempos de digitación. Además de ello, tenemos procesos de preentrega, que nos permitirán crear los algoritmos para tener rápidamente los resultados, una vez que se termine el levantamiento del trabajo de campo.

Respecto de los estudios, se harán en general en el ministerio, porque mi departamento también hace la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, la de Consumo de Tabaco en los Escolares, etcétera, todos procesos de licitación externa, en donde postulan distintas entidades de la academia: el Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales de la Universidad Católica y otros.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Del estudio que tendremos la posibilidad de conocer a fin de año, cuando ya esté adjudicado, me interesa su contenido, porque solo nos quedan dos sesiones. ¿No se había hecho nunca antes?

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Señorita Presidenta, podemos presentar las áreas generales y sus líneas estratégicas.

Ahora, quiero darles la tranquilidad de que el equipo que trabaja en la construcción de la matriz que incluye las áreas a abordar en el estudio, está constituido por psicólogos, sociólogos, antropólogos, matrones, enfermeras y médicos; somos un equipo multidisciplinario.

La idea de la construcción de este instrumento, y por eso recalco el concepto construcción de lo que es la sexualidad, es no pasarnos a la vereda de la salud, en el sentido de privilegiar solo lo biológico, de manera que el abordaje de la educación sexual sea mucho más amplio, para entender por qué si sabemos que tenemos que utilizar preservativo, decidimos no usarlo, u otras cosas.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En la misma línea ¿sobre esa base del estudio que han planificado es que se han elaborado los nuevos programas de educación sexual? ¿Es esa la línea?

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Señorita Presidenta, son dos cosas distintas.

En este momento, nosotros tenemos que tomar acciones de Salud Pública. Entonces, en función de eso uno puede decir que las acciones que vamos a tomar las podemos implementar con la información que tengo y con la revisión de la literatura científica de lo que ha sido efectivo en otros países, para implementar una política de educación sexual.

Por ejemplo, saber cómo se aborda cada tema, si lo tiene que hacer un profesional de la salud, o un profesor, que debe ser capacitado. Esos aspectos los expondrá nuestro profesional. Sin embargo, los países han tenido éxitos y

fracasos, pero nosotros hacemos una revisión bastante profunda para hacer la presente promoción. Ese es un capítulo.

En segundo lugar, el estudio que estamos levantando es para conocer el perfil de comportamiento sexual de la población chilena, que nos ayudará a entender y a interpretar de mejor manera los datos.

Si bien es cierto, es una comisión que estudia el VIH y que esta es una patología que va en aumento, eso no significa que todos estén infectados de VIH, ni tampoco es que todo el mundo lo vaya a estar. Entonces, cómo nos quitamos los estigmas; por eso que hemos hecho una muestra bastante grande. La Encuesta Nacional de Salud, en total, tiene entre 5 mil y 6 mil personas al año. Eso es lo normal de una encuesta que tiene representatividad nacional.

Ahora, para los efectos de esto, nos planteamos un desafío; no tenemos una línea de base, no conocemos nada, sabemos que hay grupos de mayor interés; queremos tener representatividad regional; queremos sobre representar ciertos grupos, como este de los veinticinco y tantos; cómo nos enfrentamos a las mujeres; cómo nos enfrentamos los hombres, etcétera.

Es una muestra muy grande, que tiene tres escenarios muestrales, con la idea, ojalá, de que nos dé mayores luces para elaborar políticas customizadas (adaptadas, personalizadas) a los factores y perfiles de riesgo.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Lo último, y relacionado con lo mismo, para cerrar la idea, porque al principio de la presentación que hizo -y me da sentido vincularlo a lo último-, cuando transferimos responsabilidad a la organización civil, cuando transferimos esa responsabilidad que tiene que ver con la participación, ¿cómo está la organización civil representada en la elaboración de ese estudio y cómo transferimos responsabilidad en ello en lo que nos pasado para detectar al menos la parte de la prevalencia?, que es uno de los factores más importantes, por el resultado que tenemos.

¿Cómo ven allí a la sociedad civil en los dos temas? ¿Cómo han sido vitales para la prevalencia baja o alta que tenemos hoy y, por otro lado, en la planificación de este estudio o de lo que se viene en función de la educación sexual?

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Para lo que se venga en la educación sexual, como dije, voy a dejar aquí a Ángelo,

quien tiene en su departamento la misión de establecer esas relaciones.

Para efectos de la planificación del estudio, hemos revisado todos los estudios de las distintas agencias de la sociedad civil u organizaciones, para ver cuáles son sus inquietudes, cómo eso se plasma en algunas áreas o ejes estratégicos que van a ser parte del levantamiento de información.

El diseño estratégico del levantamiento de una información es bien complejo y se hace con actores que, desde el punto de vista académico, están validados. Después, una tiene segundas instancias en que una socializa y ve cómo te relacionas con la sociedad civil; pueden aportar, pero primero tenemos que sacar el componente uno, que es mandar a Jurídica los términos de referencia. Después se afinan las preguntas, una puede agregar preguntas, y esa etapa la empezamos ahora.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Lo que pasa es que ellos reclaman que hemos transferido responsabilidad y de que tampoco los convocamos. Habría que darle una vuelta a eso.

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Siempre se integran, pero quiero dividir las etapas. La etapa uno, que tiene que ver con los procesos formales de construcción de cualquier instrumento. Esto no es que está cerrado y que una diga: esta es la encuesta y estas son las diez preguntas, y no entra nada más.

Yo tengo que levantar los fondos. Los fondos tienen que decir: Vamos a ir a estas áreas, este es mi tamaño muestral, una cosa bien técnica, bien estadística, etcétera, y eso es lo que mando a Jurídica.

Después vienen las etapas en la construcción de instrumentos, en donde se integra -ahí sí- a la sociedad, y si hay alguna otra área que podamos explorar, no hay ningún problema. Se entienden las preguntas, se validan; pero hay que separar los tiempos, porque, de lo contrario, te queda con algo un poco circular y que no es condicionante de los aspectos jurídicos.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señora Presidenta, por su intermedio, yo estaba leyendo acá que, entre enero y diciembre de 2018, se registraron 6.948 nuevos casos de VIH confirmados por el ISP, lo que representa a 1.132 personas más que el 2017.

Viendo el cuadro de los que están registrados, desde el 2010 hasta el 2018, el 2010 teníamos 2.982; el 2018, tenemos 6.948 casos. Sé que me va a contestar que el aumento de esa cifra se debe a un mayor incremento de personas registradas que son extranjeros. Pero, ¿por qué el aumento tan considerable entre el 2010 y 2018? ¿Acaso es porque llegaron más extranjeros a nuestro país?

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- En términos generales, lo que ocurrió en los últimos diez años es que habíamos tenido una tasa de crecimiento anual cercana al 10 por ciento hasta antes del 2017.

Eso quiere decir que, cuando una mira el 2000 equis - no sé qué año-, tenía 4 mil, al otro creció en 10. Entonces, tengo 4.400 y, al otro año, y así crecía entre un 9 y un 12 por ciento, promedio 10.

El año pasado casi se duplicó ese factor de crecimiento, siendo un 18 y algo, y este año nos creció un 19 y algo.

Cuando nosotros, este año -me siento un poco responsable de esa apertura por nacionalidad-, tratamos de buscar dónde efectivamente se estaba generando el grupo de mayor crecimiento.

Esto es una exploración que es epidemiológica matemática. Una la abre por sexo, por edad, por región, etcétera, e hicimos esta diferencia por nacionalidad de la persona, y lo que encontramos es que la tasa de crecimiento en los chilenos era el 1 y en los extranjeros era del 37.

Entonces, el 19 por ciento que habíamos crecido está bastante condicionado por los extranjeros que se habían realizado el test en el último año.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Para dejarlo claro. No es que el extranjero le haya transmitido el VIH al chileno, sino que han llegado más extranjeros con VIH, porque si uno hace la comparación, en 2015 había 396 y en 2018 hay 2.580.

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Sí.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Entonces hay que dejar claro que ha ingresado mayor cantidad de extranjeros con VIH, pero eso no se refleja en que haya más chilenos que se hayan contagiado con extranjero.

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- ¿Qué se hayan contagiado con extranjeros? No, para nada.

De hecho, en la tasa de chilenos, el crecimiento es de 1 por ciento. Por eso mostré esa curva, porque cuando una hace la curva general, que va en ascenso, pero si lo distribuimos por nacionalidad de origen, la curva de los chilenos es más bien plana versus la de los extranjeros.

¡Ojo! con esto, porque no sé si son extranjeros que llegaron recientemente, y que es algo que usted está afirmando, o llevaban más tiempo en Chile. Eso será parte de otros análisis.

La señora **MORA** (doña María Judith).- Como decíamos, en 2015 eran de 9 por ciento los nuevos casos diagnosticados con VIH, y en 2018 eran de 37 por ciento, pero de ese dato, lo que podemos decir, es que solo son nuevos casos diagnosticados; no sabemos cuándo se infectaron; no sabemos eso. Son otros los análisis que se realizan. Y tampoco de los chilenos, porque tampoco sabemos si los chilenos se infectaron en Chile, o viajaron y se infectaron afuera; este dato no lo tenemos.

La señora **ACEVEDO** (doña Johanna).- Cuando nosotros le hacemos algunas preguntas a los extranjeros -recuerden que les mostré la notificación, donde les hacemos preguntas de factor de riesgo, de si usaba condón, de cómo cree que se infectó, etcétera- los extranjeros refieren, para el 2018, en 62 por ciento haber adquirido la enfermedad en otro país, y los chilenos un 1 por ciento.

La casuística no es del ciento por ciento, porque hay personas que pueden no contestar alguna de las preguntas. Pero es el dato que manejamos de quienes contestan.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Buenos días; pido disculpas por el atraso pero los lunes viajo desde Antofagasta y me cuesta llegar a la hora.

Me preocupa la descentralización de los exámenes y el poco interés que habría del ministerio. A veces, el ISP debe asumir una tarea porque no están las capacidades en regiones, en términos de laboratorios, etcétera. Lo digo, porque es algo que hemos escuchado de varios asistentes a esta comisión, en términos de la burocracia que significa la confirmación.

En ese contexto, sé que el ISP ha trabajado durante varios años por certificarse para tener a nivel internacional un prestigio que, en el fondo, es lo que cuidan, lo que guardan. Sin embargo, me preocupa que en aras de atacar esto que es tan

importante y que hoy se ha transformado en uno de los problemas epidemiológicos complicados de manejar, no tengamos la posibilidad de que en regiones haya una confirmación.

A eso se refiere mi pregunta.

La señora **MORA** (doña María Judith).- En ese sentido, lo importante es ver el objetivo de la descentralización. Hay que evaluar la efectividad real y qué se espera.

Como mencioné en la presentación, una de las fortalezas es la robustez de los antecedentes, de los datos. En todos los reportes de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y visitas y antecedentes que hemos tenido, Chile se destaca precisamente por los datos que tiene. Los casos que se notifican están confirmados, lo que nos permite tener una trazabilidad en el tiempo, como asimismo contar con técnicas y algoritmos de confirmación reconocidos y certificados.

También existe un laboratorio nacional de referencia que tiene que ver con el porcentaje por la población, por la complejidad de las metodologías. Cuando nosotros descentralizamos, si es tiempo de respuesta, debemos tener claridad si realmente esa descentralización va a disminuir el tiempo de respuesta. De hecho, el monitoreo de la carga viral también se realiza centralizadamente, y hasta ahora ha demostrado ser una estrategia que ha funcionado; me refiero a la realización de carga viral en el monitoreo.

Hasta la fecha, ha sido una estrategia que ha dado muy buenos resultados. A medida del avance y de la nueva disponibilidad de metodología, debemos ir evaluando. Por lo tanto, para hacer esa descentralización hay que contar con personal altamente capacitado, tener equipamientos y disponibilidad en el laboratorio. Podemos multiplicar costos y esfuerzos para obtener el mismo resultado, pero distinto es el caso hantavirus, en donde también ha habido una estrategia de descentralización con un resultado que va inmediatamente ligado a un tratamiento en algo que tiene una altísima mortalidad y que, incluso, el paciente puede fallecer en 24 o 48 horas.

Entonces, hay que trabajar y evaluar si realmente es efectivo. En este momento, el ISP recibe las muestras del sector público y del sector privado, no tiene costo y lo asume el Estado. Debemos garantizar que se mantenga el mismo estándar en los tiempos de respuesta y en la calidad del diagnóstico. En eso tenemos que trabajar.

Los métodos de biología molecular y la serología que se utiliza para la confirmación de VIH requieren de una experticia. Por eso, lo que se ha trabajado y lo que se ha fortalecido es el tamizaje, este millón quinientos mil exámenes que se realiza con la mejor calidad, oportunidad que va el descarte inmediato al paciente y posteriormente a la confirmación en el ISP. Hemos trabajado muchísimo por mejorar los tiempos, por disponer de sistemas informáticos, de resultados *online*, de firma electrónica avanzada. No es menor la complejidad.

Cuando decimos que el ISP centraliza, hay un detalle muy simple: recibimos muestras de todos los laboratorios del país. Cada uno de ellos tiene su sistema de identificación y de embalaje de muestras, por lo que debemos dar cuenta de todo eso. El hospital regional debe centralizar todas las muestras de todas las procedencias y tener un sistema de información, de notificación.

Por eso digo que hay que ir trabajando y evaluando, pero la efectividad debe ser la adecuada. Hasta ahora la estrategia ha funcionado, pero obviamente hay que seguir trabajando en el tema. Además, en VIH, las técnicas van evolucionando muchísimo. Nosotros hacemos la verificación de conformidad de los *kits* de tamizaje y de las otras metodologías de confirmación; tenemos diez al año, algo que no ocurre en otras patologías, va modificándose, aumentando, cambian los equipos, etcétera; eso requiere de una preparación. Además, debe ser estandarizado tanto para el sistema público como privado.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Lo entiendo y me parece tremendamente lógico. El ministerio podría estudiar la posibilidad de partir con algunas regiones. Antofagasta, por ejemplo, siempre ha estado dentro de los primeros lugares desde que apareció el VIH en Chile; no sé si será porque es ciudad-puerto, por su condición minera, por la migración, prostitución o lo que sea. Hoy, somos el lugar que más migrantes tiene.

Entonces, con esa condición debería haber una mirada respecto de aquellos lugares donde se podría ir fortaleciendo, de alguna manera, los laboratorios y al personal con esta capacitación.

La señora **MORA** (doña María Judith).- Hemos trabajado muchísimo con Antofagasta. Me ha tocado, por ejemplo, en el

tema de la influenza, postpandemia, fortalecer la red con un trabajo bastante intenso. De hecho, hoy existen seis centros.

Como dije, ha sido un trabajo arduo implementar y tener esos equipos reactivos y profesionales, con el apoyo de OPS. También hemos ido avanzando desde el *Bordetella pertusis* y de otros virus respiratorios. Obviamente, hay que ir priorizando y no perder de vista si efectivamente vamos a cumplir con ese estándar y responder prontamente, pues si el tiempo de respuesta es superior, no vamos a estar cumpliendo los objetivos.

Ahora bien, desde que ingresa la muestra al ISP hasta que se informa el resultado, que es automático y disponible *online*, son ocho días.

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

Tiene la palabra el señor Jorge Acosta.

El señor **ACOSTA**.- Que bueno que hizo la pregunta la diputada Hernando, pues una cosa que salió anteriormente era si se justificaba o no tener a una sola institución que hiciera el rol que hoy cumple el ISP.

En base a lo que ha manifestado la directora subrogante es necesario para la robustez de los datos, es decir, los datos de Chile no son comparables con otros lugares descentralizados, pues no existe certeza de que todos los casos que están informándose sean efectivamente así, lo que finalmente es un plus para el manejo epidemiológico.

En segundo lugar, si bien se está trabajando en disminuir el tiempo de respuesta -me lo comentaba la directora, un antecedente interesante sobre todo para quienes somos médicos- para una cosa tan relevante y sensible para el resultado de una biopsia, en general, se espera quince días hábiles, dos semanas, porque se requiere que el examen se realice de manera adecuada. En este caso -lo manifestaba la directora-, es lo mismo que hace el Instituto de Salud Pública (ISP), aunque está el desafío de acortar los tiempos de espera.

Después, cuando venga el jefe del programa VIH se va a referir a la pregunta relacionada con detectar y tratar, que también ha estado en algunas exposiciones anteriores. ¿Por qué cuando alguien tiene un resultado positivo en un test Elisa no se comienza el tratamiento inmediatamente?

Muchas gracias, Presidenta.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En nombre de la comisión, agradezco la concurrencia de nuestros invitados.

Invitamos a que nos acompañe el director de Acción gay, señor Marco Becerra.

Mientras se acomoda en su lugar nuestro invitado, vamos a resolver dos temas:

Como es de conocimiento de los señores diputados, al inicio de la comisión hemos solicitado la asesoría permanente de la Biblioteca del Congreso Nacional, en las sesiones, por lo que pido oficiar al director de la Biblioteca que nos remita el informe de la asesoría técnico-parlamentaria, el que necesitamos tenerlo antes de la elaboración del informe.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Informo que, por segunda vez, la ministra de Educación no asiste a la comisión. En esta oportunidad, fue citada. Nos parece preocupante, porque para nosotros es fundamental para avanzar en la investigación.

Tenemos considerado volver a citarla, pero en caso que no sea así, queremos hacer un reclamo.

Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señorita Presidenta, la citación es de carácter obligatorio. No sé si la primera vez ha sido en carácter de invitación o citación.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Las dos veces ha sido citada.

El señor **TORRES**.- Si la ministra de Educación ha sido citada dos veces y no ha asistido, que es su obligación, se debe citar por tercera vez, con la prevención de pasarla a la Contraloría General de la República si no asiste. Ella tiene obligación legal de asistir si ha sido citada. En las comisiones investigadoras tenemos la potestad de citar.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Habría acuerdo en los términos que se ha planteado?

Acordado.

Tiene la palabra el director de Acciongay, señor Marco Becerra.

El señor **BECERRA**.- Señorita Presidenta, agradezco la invitación y, por su intermedio, hacerlo extensivo a los miembros de la comisión.

La Corporación Chilena de Prevención del SIDA es, quizá, la organización más antigua de Chile; surgió en 1987 como una respuesta comunitaria de hombres gay y homosexuales a la epidemia inminente de SIDA. Tenemos mucha experiencia y mucho que decir.

Durante los últimos treinta y dos años hemos trabajado en educación, prevención y promoción de los derechos de personas de diversidad sexual.

Surgimos en un contexto bastante difícil, de dictadura; por eso nuestros fundadores son héroes, porque fueron capaces de visualizar un problema social, que en ese entonces se conocía como la peste rosa y por lo tanto el cáncer gay, en el contexto de mucha discriminación, y no como hoy que hay mucha más apertura respecto del tema.

Actualmente la corporación cuenta con dos sedes, una en Santiago y otra en Valparaíso.

La organización tiene un conjunto de programas y servicios directos para la comunidad. Si bien tenemos una postura política y un trabajo, en términos de generar conocimiento acerca de la enfermedad, nosotros lo hacemos con la comunidad. No somos opinólogos, no somos expertos, en el sentido de tener una mirada desde fuera, sino que, más bien, somos parte de la comunidad; es decir, trabajamos con la comunidad y para ella. Por lo tanto, tenemos una mirada distinta respecto de cómo se está abordando o se ha abordado el problema del SIDA en Chile.

También tenemos un conjunto de programas y servicios directos para las personas, desde la atención social, psicológica y toma de muestras desde 1993. Fuimos la primera institución que empezó a generar el llamado testeo comunitario, hace más de veinte años; por lo tanto, tenemos bastante experiencia al respecto.

A propósito de lo que se ha dicho acá, tenemos el 11 por ciento de prevalencia en nuestra organización. Entonces, a propósito de dónde se está poniendo el énfasis y la energía, desde el punto de vista de los datos que se expusieron anteriormente.

Bueno, como organización, como tenemos tanta historia, y hemos tenido la posibilidad de recorrer el proceso que ha vivido el país en este tema. Particularmente, yo ingresé a la organización en 1990 como voluntario. En ese entonces tenía 24

años y he envejecido en el activismo, en SIDA, y en los derechos de las personas de diversidad sexual.

Quiero contextualizar mi exposición en lo que ha sucedido antes de 2010. Si bien la comisión tiene un mandato específico, de investigar entre 2010 a 2018, es importante saber qué pasó antes, porque, de alguna forma, lo que ha sucedido en el periodo que se está investigando, es consecuencia de las malas o buenas políticas públicas que se implementaron antes.

Cabe destacar que en Chile, tal como en muchos países de América Latina, la respuesta al SIDA fue comunitaria. Por lo tanto, cuando la Presidenta de esta comisión plantea su preocupación por la participación ciudadana, puedo decirle que eso es clave. O sea, para que se enfrente la epidemia del SIDA, en Chile y en todas partes del mundo, debe participar la comunidad. Si no es así, cualquier respuesta estará condenada al fracaso. En el caso nuestro, hemos sido la expresión de aquello. Y efectivamente la respuesta política se materializó en 1990, en democracia.

El SIDA, como fenómeno mundial, logró generar grandes movimientos de personas y de comunidades en el mundo, que sin duda el SIDA marca, desde el punto de vista histórico y social, un antes y un después.

El SIDA es capaz de movilizar las voluntades del mundo, tanto a los gobiernos como a Naciones Unidas, pero fundamentalmente a la comunidad. De eso hubo mucho en los noventa y en el año 2000. Aquí, sin duda, la respuesta nunca estuvo tan organizada, pero sí había claridad en los gobiernos respecto de que había que incorporar a la comunidad civil en la generación de políticas públicas.

Desafortunadamente, eso se dejó de hacer en 2010. Después voy a retomar el tema y diré por qué pasó eso. Se fueron dando pasos importantes, que básicamente tienen que ver con la creación de redes de organizaciones; particularmente, la red de Asosida, en 1992; la red de Vivo Positivo y, particularmente, la promulgación de la ley N° 19.779, que fue producto de una gestión desarrollada por la sociedad civil, en conjunto con personas de este Parlamento, como Fanny Pollarolo y María Antonieta Saa, entre otras.

Por lo tanto, siempre hubo una relación muy fuerte entre la sociedad civil y el mundo de la política. Aquí, efectivamente se trabajó en la promulgación de la ley y en el

GES, que sin duda fue un aspecto muy positivo. No debemos olvidar que en Chile, hasta antes de 2005, las personas con SIDA morían, porque no había tratamiento y cuando lo hubo, se privilegiaban las mujeres y los niños, y muchos de mis amigos murieron esperando el sorteo de terapias, porque así funcionaba, las terapias eran como un bingo.

En Chile -ustedes no lo saben-, hasta hace poco la gente con VIH, que éramos hombres gay, teníamos que esperar que corriera la lista para acceder a la terapia. El país ha progresado, y se amplió el acceso. Dada la presión de las organizaciones sociales, en el primer grupo de enfermedades, entran al GES. Ese fue el logro de veinte años de trabajo asociativo. No fue una concesión gratuita del Estado, sino que fue producto del trabajo y las luchas de las organizaciones.

Lo único que podría destacar de 2010 en adelante es que el 2015 la Comisión Conjunto estuvo en Chile haciendo un montón de recomendaciones. Entiendo que AHF habló sobre eso, pero si ustedes se fijan, no hay nada; o sea, en términos de hitos no pasó nada.

Respecto de las estadísticas aquí ha habido una tremenda exposición. Siempre los números enredan y marean. Solo quiero destacar que según nuestro enfoque de alguna forma la perspectiva de trabajo que hemos entendido, en la línea de lo que plantea Naciones Unidas, es que aquí se debe actuar de acuerdo con las epidemias y a la evidencia científica.

Aquí ha pasado un montón de gente que, en verdad, ha sido lamentable, pero este es un espacio democrático, pues se han dicho cosas muy complejas que de acuerdo con lo que uno ha ido captando no responden a la realidad.

En Chile la epidemia está concentrada, lo cual es importante decir, porque de alguna forma ello podría dar luces eventualmente para el futuro y ver cómo podemos enfrentar como país -me refiero a todo el país en términos público y privado- esta epidemia que crece y crece, y que se hace más compleja, y está concentrada en hombres que tienen sexo con hombres. Esa es la primera consideración y que ya dijo anteriormente Johanna Acevedo.

La transmisión es sexual, el 97 o 99 por ciento, depende de cómo se quiera ver. Efectivamente, siguen existiendo barreras de acceso al examen y a la atención.

Hay un aumento sustantivo de las ITS, que también se aborda, pero no se logra involucrar respecto de cómo se aborda

el fenómeno en general sobre cómo se está haciendo para que esa incidencia disminuya.

Ahora, una cuestión que también nos preocupa es el aumento del estigma y la discriminación, tema que se abordó hasta 2010 con mucha fuerza, dado que, a propósito de los datos que nos entregaba el Ministerio de Salud, hay 10.000 personas diagnosticadas y que hoy no están en tratamiento.

Entonces, la pregunta que uno se podría hacer, dado que no tenemos información concreta, es qué pasa con esas 10.000 personas.

¿Por qué personas que están diagnosticadas hoy no están siendo atendidas en ninguna parte?

Uno podría pensar que probablemente esa gente tiene miedo. Por eso, quizás hay que hacer una diferenciación respecto de cómo estamos llegando a las personas que están con VIH que ya lo saben, pero no se están tratando. Ese es un desafío.

La prevalencia de hombres que tienen sexo con hombres, 15,71 por ciento.

En 2010 participamos en un estudio de prevalencia, algunas instituciones con Onusida, y nos daba entre 15 a un 23 por ciento, así es que estamos en la prevalencia.

Como esta es una comisión política y básicamente busca la explicación de por qué pasó lo que pasó entre 2010 y 2018, a propósito de un conjunto de reflexiones que hemos hecho en la historia del trabajo con las organizaciones, y particularmente con nuestra comunidad, en términos globales decimos que de 2010 en adelante hubo un descompromiso global y una desidia del Estado en general y de los gobiernos de turno respecto de la epidemia del VIH Sida.

¿Cómo se expresó eso? Por una falta de intersectorialidad en la respuesta al VIH.

El caso de educación es emblemático. Educación en Chile en este tema diría -lo digo con mucho respeto, y me hago responsable de lo que voy a decir- que es responsable de las muertes y del aumento de VIH en Chile.

Cuando hoy la epidemia se focaliza exclusivamente en salud, estamos cometiendo un error, porque la prevención tiene niveles. Hoy estamos hablando básicamente de atender a quien ya está con VIH, pero aquí no se habla de qué pasa con quien no tiene VIH.

Entonces, hoy estamos trabajando al testeo. Todos estamos involucrados en ello, trabajando en conjunto con AHF y con el gobierno de Chile; sin embargo, aquí hay un aspecto que no se está abordado. Esto de la mano con la escasez de recursos económicos para la prevención.

Desafortunadamente, la prevención es un intangible. Los gobiernos han querido entrar en el debate de la prevención, porque sin duda que este debate los lleva a problemas en las coaliciones, tanto en la Concertación como en Chile Vamos, anteriormente Alianza por Chile.

Estos temas de la prevención siempre fueron complejos porque enfrentaban posturas más conservadoras o más liberales al interior de las distintas coaliciones y, por lo tanto, los ciudadanos estamos mirando como el gato a la carnicería, en el sentido de cómo se peleaban unos con otros, porque en un momento un partido estaba en contra del condón; luego, cuando aparece el tema de la píldora estaba a favor del condón.

Básicamente, aquí se ha hecho una manipulación de las decisiones de las personas a partir de confundir a la opinión pública, lo cual finalmente tiene consecuencias.

Entonces, llamamos la atención al mundo de la política de que estos debates tienen consecuencia, sobre todo cuando no están basados en la evidencia y en la ciencia, sino más bien de tipo religiosos o valóricos.

Ausencia de un plan estratégico nacional de respuesta al VIH. Esta fue una propuesta de la OPS en los noventa. Hubiera sido interesante haber avanzado por ahí y haber pensado como país en cómo abordar los distintos ámbitos que implica la respuesta nacional, porque sin duda hay que abordar la prevención en general, pero cuando se tiene un problema tan focalizado quizás faltó coraje y el compromiso para ver cómo se abordaba lo regional y las distintas miradas desde el punto de vista de las edades. Hoy tenemos un desorden en esto.

Lo que pasó después de 2010 fue una fuerte desvalorización de la participación social comunitaria en la respuesta. Tuvimos muchos problemas como organizaciones de 2010 a 2014. Quiero decirlo así y sin ningún problema.

Hubo un gobierno muy reacio a la participación ciudadana -el primero del Presidente Piñera-, particularmente del ministro Mañalich. De hecho, en la campaña de 2012 rompimos con el gobierno, o sea, rompimos las organizaciones que estábamos en esos momentos articuladas.

Se nos convocó a una participación de la campaña que está en la ley, pues ese es un mandato de la ley, no de buena voluntad del gobierno de turno, y finalmente se hizo todo lo contrario. Se realiza un lanzamiento de campaña que se llamó ¿Quién tiene sida.cl? En el fondo, la respuesta del gobierno del Presidente Piñera 1, con mucho respeto, fue una campaña por medios digitales que se llamaba www.quientienesida.cl, cuando habíamos trabajado prácticamente un año dando ideas y tratando de involucrarnos.

Esto es importante decirlo, porque trabajamos con las comunidades que no llegan a los hospitales públicos, sino que a nuestras organizaciones. Por lo tanto, vuelvo a amarrar la idea de que para la respuesta debe estar involucrada la sociedad civil.

Finalmente, también es cierto el cambio cultural en relación con la sexualidad. Tenemos algunas aproximaciones respecto de lo que está pasando, y fenómenos vinculados prácticamente al sexo químico, del cual poco se ha hablado en la comisión. Han aparecido algunos reportajes en medios de comunicación nacional. Aquí hay un aumento en el consumo de sustancias.

El año pasado con AHF realizamos 800 *Test* Rápido en 3 meses y a partir de la encuesta que se aplica a los consultantes sale que casi el 50 por ciento de las personas declaran haber tenido relaciones sexuales sin condón bajo el efecto de sustancias.

Entonces, aquí debería estar el representante del Senda explicando qué está haciendo ese servicio con el Ministerio de Salud, porque en todas partes del mundo estos fenómenos que son iguales. Pasa en Argentina, en Brasil, en Francia y en España.

Por lo tanto, un aspecto importante que no se está abordando de forma adecuada es la relación entre el consumo de sustancias, alcohol incluido, y las prácticas de riesgo en general, y ese aspecto lo quiero plantear porque sería interesante ver qué está haciendo el gobierno al respecto.

Respecto de las campañas de prevención, es un tema en el que siempre hemos estado tratando de participar a través de las redes de organizaciones indirecta o directamente.

El problema de la campaña en Chile es que siempre ha estado entremedio de discusiones, como las que planteé hace un rato, tensionando a la política de una forma que nos parecía

muy absurda, pues el Sida es un problema de salud y la respuesta debería ser sanitaria. Pero había posiciones que eran como religiosas y valóricas en un sentido equivocado, cuando había un aumento en la epidemia que era tremendo y aquí se estaba discutiendo si era adecuada o no la promoción del condón.

Primero, la subideologización del debate en torno a las campañas. Esto causó un tremendo daño a la prevención primaria. No me refiero al testeo, pues este responde a otra estrategia de segundo orden. Cuando aquí se muestran cifras de que el uso del preservativo está tan bajo, bueno, ahí hay una respuesta, hay una forma de entenderlo.

Segundo, en el período del Fondo Mundial un fondo financió con 38 millones de dólares al Estado de Chile, en conjunto con el trabajo de la sociedad civil, para implementar un programa. De hecho el Fondo Mundial financió gran parte de las terapias de 2005 y 2006. Luego, Chile complementó la respuesta y puso el ciento por ciento, pero el Fondo Mundial hizo un tremendo esfuerzo de trabajo coordinado y coelaborado.

Desafortunadamente, el Fondo Mundial nos abandonó porque hubo un fraude del Consejo de las Américas y, por lo tanto, el país perdió la posibilidad de la segunda ronda. Fueron 20 millones de dólares los que perdimos, y digo perdimos porque ahí estaba la sociedad civil. Luego viene la crisis del sector. Teníamos recursos del Fondo Mundial; Chile recibía muchos recursos del Fondo Mundial.

Desde el punto de vista del impacto comunicacional hay gente que ha estudiado las campañas y cómo estas han impactado en el cambio conductual, y lo que se sabe es que no han servido de mucho, salvo de poner la alerta ciudadana respecto del Sida. Sin embargo, las evaluaciones son más bien pobres. Hay varias evaluaciones disponibles en el Ministerio de Salud. Si las revisan, verán que, en términos de rentabilidad e inversión en campañas versus resultados, son muy malas, porque lo que han hecho los gobiernos ha sido pensar las campañas como un *spot* de 40 segundos, durante dos semanas y gastando prácticamente el 50 por ciento del costo total en su emisión. O sea, campañas de salud pública para prevenir epidemias, deben pagar a los canales para ser emitidas.

Por eso a nosotros nos pareció tan extraño que, siendo una campaña con esas características, el Ministerio haya tenido que pagar a los canales para emitirla. Evidentemente, en 15 días, no pasa nada.

Por último, respecto de las campañas, se considera que las de testeo masivo, que se empezaron a implementar con mucha fuerza en 2010, fueron exitosas, pero de un éxito relativo. Si uno ve las cifras, efectivamente han aumentado; sin embargo, lo único malo de esa campaña es que instala, negativamente, en la población, la idea de que la prevención es hacerse el test, y eso no es prevención. Es como pensar que hacer prevención del embarazo adolescente, es decir a las adolescentes: hágase el test de embarazo. Bueno, afortunadamente eso es un error, y un error grave.

Cuando hacemos el test, también les aplicamos una encuesta, una consejería pre- y posttest, y les preguntamos por qué se van a hacer el test, aunque no hayan tenido sexo en dos años, y normalmente responden que es por prevención. O cuando aplicamos el test de orientación a mujeres lesbianas, por ejemplo, también dicen que es por prevención. Entonces la campaña se instaló muy bien, y decimos: es exitosa. Sin embargo, genera un problema con la prevención en cuanto a evitar el VIH, que es la llamada prevención primaria. La prevención secundaria es la que se aplica a personas que ya tienen VIH, a fin de que no sigan transmitiendo el virus.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- ¿Y usted no estima que eso también falsea los datos de prevalencia? Porque si aplican el test a personas que saben que no lo van a tener, obviamente alteran los indicadores.

El señor **BECERRA**.- Señora Presidenta, en conjunto con las instituciones con las que trabajamos en estos programas de testeo comunitario -ámbito que ha sido muy exitoso-, apuntamos a quienes tienen una más alta probabilidad de estar con VIH, porque son grupos más vulnerables. Por lo tanto, cuando el gobierno muestra esa cantidad enorme de exámenes y se comparan con la prevalencia relacionada, es muy baja, porque se hacen 3.000 a 4.000 testeos en la calle y, finalmente, la prevalencia es de menos 1 por ciento. En consecuencia, ahí se está botando el recurso, porque no hay una lógica detrás de esos testeos, sino una compulsividad.

Por lo tanto, con mucho respeto decimos al Estado de Chile que sería importante que con nuestros impuestos enfocara un poquito mejor la política, a fin de ver exactamente dónde

poner el esfuerzo del testeo, pero no como lo hace, porque en alguna medida distorsiona los datos.

Como vieron hace un rato, en el dato de los notificados por el Instituto de Salud Pública, en segundas muestras, había 5.000 personas que no aparecían confirmadas. Entonces, al hablar con Leo, concluimos que son las mujeres las que están testeadas en los programas.

Entonces, ahí hay un problema con los recursos. Habría que ver cómo se está priorizando en esa política, que es interesante, pero debiera ir acompañada de otras cosas.

Respecto de los desafíos, estamos de acuerdo con los 90/90/90, pero nosotros agregamos un cuarto 90, que corresponde a cero discriminación a las personas que viven con VIH. Por eso, señora Presidenta, le pido encarecidamente que quite de la versión de esta sesión los comentarios referidos a los contagiados y a los infectados.

Nosotros, durante los años 90, cuando nos encadenábamos en las calles, cuando la gente moría esperando tratamiento, cuando los acompañábamos en su muerte y no había más que AZT para darles -después supimos que les causaba la muerte-, logramos construir una ética de la conversación en torno al VIH. Y acá uno escucha a personas del Ministerio de Salud hablando de los contagiados y de las enfermedades, en fin. Ciertamente, nuestro drama como país, desde nuestras autoridades de la salud hacia abajo, es que no logramos entender lo que significa vivir con VIH. Apreciamos que este problema incluye a todos los ministros, pues todos hablan del Sida de una forma inadecuada. Nos cuesta mucho deconstruir a las personas que tienen VIH, esos discursos sobre contagio. Los invito a que imaginen lo que significa para su entorno compartir un baño o una cocina con una persona que vive con VIH. Es importante, en este caso sí importan las palabras.

Yo quería aprovechar de decirlo, porque en los 90, estamos de acuerdo, pero ese noventa no está siendo abordado. En Chile, la gente con VIH se fue al clóset. Por lo tanto, si no logramos dar un espacio amigable para que esas 10.000 personas, que están diagnosticadas, se acerquen a los servicios públicos o privados, es porque algo estamos haciendo mal. En alguna medida, algo estamos contribuyendo las autoridades cuando abordamos esta dimensión de la epidemia y hablamos tan mal de ella.

Solo quería mencionarlo, porque ya es cansador escuchar a personas expertas hablando tan mal sobre una epidemia, que ellos deberían manejar mucho mejor.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señor Becerra, creo que es un aporte, un aporte importante, pues a todos nos ha costado; no ha sido tan fácil. Lo importante es que cuando entreguemos el informe de esta comisión, lo hagamos en los términos correctos, porque también estamos instalando este problema en términos culturales.

Solicito la anuencia de la comisión para que en el informe final utilicemos los conceptos apropiados.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

El señor **BECERRA**.- Bueno, nosotros entendemos que una de las estrategias planteadas por la Organización Panamericana de Salud es la prevención combinada, es decir, abordar esta cuestión en dos niveles.

El primer nivel corresponde a quienes están con VIH, donde hay que impulsar políticas que plantearé después, y el segundo es la discusión sobre la educación sexual, materia respecto de la cual tengo la sensación de que fue incorporada a la mala en esta discusión, en circunstancias de que debería ser abordada de una forma más abierta, pues lo que plantea Naciones Unidas, particularmente la OPS y Onusida, es que la prevención combinada es, fundamentalmente, acceso a tratamientos, a testeos y dispositivos comunitarios, donde los alcaldes, entre otros, juegan un rol muy importante en la pertenencia cultural.

En ese sentido, estamos sumamente jugados con que en Chile se implementen políticas de prevención combinada, que no es más que intervenciones en lugares de encuentro de las personas. Ir al trabajo, por ejemplo, supone cierta intervención donde la gente se reúne, y eso implica un alineamiento entre la acción del Estado y las organizaciones.

El llamado a usar preservativos es un ámbito permanente de trabajo del Ministerio de Salud, del Ministerio de Educación y del Instituto Nacional de la Juventud, a través de los canales con que cuenta el Estado. Pero también los municipios son un tremendo espacio donde se podría generar instancias de ese tipo, pues es allí a donde la gente concurre a obtener servicios e información.

Estamos de acuerdo en que, como comunidad, tenemos el rol importante de llegar a aquellas poblaciones donde el Estado no llega directamente, por la discriminación, por miedo o por desinformación, porque nosotros, en diez años, hemos perdido esa capacidad de hablar del Sida desde una mirada más integral, y hoy hablamos de los contagiados. Por lo tanto, la gente no se quiere sentir parte de eso.

Nosotros hacemos exámenes a gente que viene de Talca, de La Serena o de Valparaíso, y les preguntamos por qué vienen desde tan lejos, si en todas las regiones hay Cesfam, y es que les da miedo que los reconozcan. Entonces, hay algo ahí con el estigma que hay que trabajar.

Otro aspecto que ha aparecido mucho en la discusión de la comisión y que de alguna forma lo ha abordado, tiene que ver con la medicalización de la prevención y la respectiva promoción del PrEP. Estamos de acuerdo en que el PrEP es una estrategia que debe estar disponible; no obstante, tenemos muchas dudas sobre la implementación que está haciendo el gobierno, dado que, de acuerdo a lo que hemos leído, no creemos posible abarcar los 5.000 a 10.000 casos que van en 2019, en circunstancias de que en Brasil son 1.500.

Al respecto, nos llama la atención la ausencia de participación de nuestras organizaciones en este proceso. Nosotros tenemos la posibilidad, así como otros grupos que trabajan en poblaciones claves, de haber hecho un trabajo más coordinado con las autoridades de salud; sin embargo, se nos dejó fuera de esa etapa, y nos parece complejo porque esto viene sin recursos para los programas, viene sin recursos para los servicios. Hemos tenido la posibilidad de hablar con algunos médicos de estos servicios, que es donde va a estar instalado el PrEP, y no tienen recursos para contratar más horas profesionales.

Entonces, es interesante que se abran estas posibilidades, como cuando el ministerio habla de aumentar los lugares de acceso del test rápido; sin embargo, sabemos que en gran parte de los Cesfam, la atención en salud sexual no es por solicitud espontánea, sino que se debe pedir una hora de atención. La verdad es que no está disponible el test rápido. Es importante decir que si el Estado oferta algo, lo oferte con la claridad de que está disponible.

Uno de los grandes elementos que atenta contra la política pública es que el Estado promueva algo que no está disponible.

Nosotros hemos tenido que generar redes de contacto con organizaciones, para empezar a ver dónde la gente puede ir a tomarse el test. La gente reclama mucho de que el test no está disponible, en circunstancias que el ministerio anunció, el año pasado, en diciembre, que el ciento por ciento de los Cefam en Chile tenía test rápido. El tema es que si para el test rápido dan hora para dos semanas, entonces no es test rápido, sino que es otra cosa. El test rápido es para ahora.

Entonces, esa es una política que debería ser mirada con cierta..., porque es una política exitosa. Ya les dije que la gente tiene internalizada la prevención de hacerse el test: no es usar preservativo, no es tener sexo seguro, sino que es hacerse el test, y eso pasa porque en Chile no se ha abordado la campaña desde una mirada más cultural, que aborde la sexualidad. Nosotros, en Acción Gay, hacemos el test a personas que van cada 20 días a tomarse el test y cuando les preguntamos por qué vienen tan seguido, contestan porque es prevención, y no usan preservativo efectivamente, porque el test es prevención. Entonces, ese discurso hay que tratar de separarlo.

Lo segundo que planteamos es que la prevención posexposición también es una posibilidad que está hermanada con el PrEP, prevención de la que tampoco se habla mucho y quizá sería importante que estuviera disponible. En general, con el kit de violación, por ejemplo, se utiliza el PEP, que es la prevención posexposición, es cuando ya hubo daño. Alguna gente planteó que era más interesante el PEP que el PrEP, cuestión que sería interesante analizar, porque, en alguna medida, el PrEP es como decir: aquí ya no logramos instalar el uso del preservativo. Podríamos decir que el PrEP es el convencimiento de que la prevención, a través del preservativo, otro tipo de prácticas no penetrativas, no riesgosas, es un fracaso. Por lo tanto, pensamos que sería importante mirarlo, para llegar a la estrategia de I=I, indetectable=intransmisible, que, a todas luces, ha demostrado ser una tremenda estrategia para aquellas personas que, estando con VIH, estando bajo tratamiento, están con carga viral suprimida. Hace algunas semanas, The Lancet, publicó en Inglaterra un estudio de 1.200 parejas de hombres que tienen sexo con hombres, durante ocho años. En este estudio

longitudinal no hubo ninguna seroconversión. O sea, esta estrategia sirve, pero orientada hacia ese grupo en particular.

Entonces, hoy en día hay dispositivos, hay fórmulas para pensar en cómo uno va complementando la respuesta. Si ustedes se fijan, en estas tres estrategias estamos hablando de cuando ya hubo riesgo o de cuando ya estás con VIH, aquí no hay nada antes.

Si seguimos mirando solo el VIH, desde el momento en que la gente está con VIH, tenemos un problema como país. Yo no estoy seguro de si el país será capaz de seguir comprando - tendrá que hacerlo, porque está en la ley- los medicamentos que compra. Los costos que tiene el país con la compra de medicamentos es enorme versus lo que gasta en prevención. Diríamos que la relación es 99 a 1.

Respecto de cómo se está abordando la epidemia y cómo se podrían ser algunas luces, de acuerdo con nuestra experiencia, la experiencia de una organización comunitaria de personas gay que trabajan desde la comunidad, lo primero sería generar intervenciones con base en evidencia científica y con mayor focalización. Estamos seguros de que en la medida en que el Estado invierta en intervenciones más focalizadas habrá mayor éxito en esas respuestas. Esto no quiere decir que no se aborde a toda la población, pero la población en Chile somos diversos.

Cuando la diputada se refería a Antofagasta, quiero decir que nosotros trabajamos con la gente de Antofagasta, con el mundo en la ruralidad, con el mundo de la costa, con el mundo de los pueblos originarios, y todos estos mundos son realidades distintas. O sea, la prevención de ser abordada desde la pertinencia cultural; de lo contrario, estamos perdiendo el tiempo, estamos hablando con la persona de una forma que no les va a llegar el mensaje.

Lo mismo ocurre cuando se habla de los jóvenes también; los jóvenes no son todos iguales. Lo que ha pasado con los cambios, con los comportamientos sexuales a partir del surgimiento de las redes sociales, de estas plataformas para tener sexo, como Tinder y Grindr, y todo lo que está alrededor de eso, es una realidad nueva, que no estaba hace 20 años. Por lo tanto, hay que abordarla desde políticas para jóvenes y desde los jóvenes.

Otro elemento que es importante discutir es el de los recursos, que permitan desarrollar programas de largo plazo.

En general, no se logra evaluar bien lo que se ha hecho. Los gobiernos duran cuatro años; llega uno nuevo y cambia todo. Por eso, lo estratégico es mirar a tres, cuatro, diez, quince años la respuesta. Lo que pasa es que cada gobierno ha querido inventar la rueda, afectando la vida de cientos de personas, porque tratan de imponer su agenda, lo que es válido, pero en esto deberíamos tener un consenso mayor.

Creo que hoy están las condiciones para avanzar en un gran acuerdo nacional respecto de la respuesta nacional. Creo que el mundo de la política, el de las organizaciones, el de lo académico vamos a estar disponibles para sumarnos a esto; sin embargo, no puede ser que cada gobierno quiera inventar las cosas. Aquí ya se sabe dónde está el problema, entonces ahora hay que actuar.

Por lo tanto, creemos que es necesario que se involucren más sectores en la respuesta. No puede ser que la respuesta esté solo focalizada en salud, cuando hay otros sectores que deben estar. No estoy diciendo que el ministro no tenga responsabilidad, claro que la tiene, pero la tiene desde el momento que la gente está con VIH. Lo que pasa antes con los ciudadanos, es responsabilidad del Estado y en su conjunto.

La pregunta que nos hacemos es qué hace Educación, y lo volvemos a decir con mucha fuerza, porque Educación, durante estos 25 años, ha actuado con una desidia inaceptable. Digo desidia cuando notificamos a adolescentes de 14 años, de 15 años con VIH, que además vienen con ETS y la respuesta es: bueno, la familia educa, cuando eso no está sucediendo. La escuela educa, pero los profesores no tienen tiempo para hacer esto y tampoco no están formados para hacerlo.

Aquí ha habido una forma permanente de lavarse las manos y Educación tiene una alta responsabilidad.

Un niño, una niña y un adolescente pasan más horas en el colegio que en su casa. Entonces, no puede ser que la familia se pueda hacer cargo de cuestiones que ni siquiera los papás están educados para eso.

Senda -insistimos en Senda- debe tener una mirada con el Ministerio de Salud respecto de cómo está abordando, desde lo policial, el tema de consumo de sustancias, cuando hay una proliferación de nuevas sustancias, como los cristales, el éxtasis y otras, que han conformado lo que se llama sexo químico. En el caso nuestro es muy alto, en la población de hombres que tienen sexo con hombres, en nuestras encuestas,

nos da una cifra muy alta. En el gobierno anterior, durante cuatro años trabajamos con Senda un programa piloto, pero se discontinuó, porque, como les decía, cada gobierno cambia las prioridades y la tasa sigue aumentando.

Bueno, es evidente que hay que mejorar el acceso a preservativos masculinos y femeninos; los test rápidos deben estar disponibles (PrEP y PEP) y, sin duda, los tratamientos. En esto, el país ha avanzado bastante, tiene buenos equipos de salud; sin embargo, no quiero dejar de decir que el sistema está casi al límite de colapsar, sobre todo en la Región Metropolitana. Entendemos que están abriendo nuevos centros de atención; sin embargo, se están dando horas para cuatro meses y eso es complejo, desde el punto de vista del tratamiento y seguimiento a personas, sobre todo en especialidades.

Lo otro, es valorizar la contribución que hacen las organizaciones sociales en trabajo en VIH, lo que no es menor, dado que en el trabajo de VIH-Sida se requiere una cierta especialización. Aquí, no cualquier persona puede decir lo que se le ocurra. Uno debe hablar desde la experiencia, desde el punto de vista de la evidencia, de lo que está probado, de lo que Naciones Unidas nos ha dicho y nos ha representado fuertemente. Cuando llega un joven o una joven con VIH, lo que está fallando es el Estado de Chile en su conjunto, estamos todos y todas fallando; por lo tanto, aquí hay una responsabilidad mayor. Por cierto que a un adolescente no le puedo exigir algo respecto de lo cual el Estado no se ha encargado de entregar los elementos básicos. Tampoco es posible que los adolescentes que están disponibles para poder acceder a condones tengan que hacerlo a través de un sistema que es tan complejo, que se les desincentiva la posibilidad de acceder.

Cuando hace algunos años Jonathan Mann, uno de los grandes pensadores del Sida en el mundo -murió en un accidente a fines de los 90-, decía que para que la respuesta sea integral, concreta y tenga éxito en un país, debe tener tres elementos. Uno de ellos es la voluntad de las personas; estamos trabajando para motivar la voluntad. La gente debe tomar decisiones, pero estas se toman a partir de que exista un ambiente social proclive a esa toma de decisiones. Y hay dispositivos disponibles.

Si alguno de esos tres elementos no está, la campaña o cualquier manifestación de interés por hacer un avance, no va

a funcionar. Si el Estado promueve una política pública y no está disponible, se cae; si el Estado promueve una política pública, pero por otra parte la gente empieza a cuestionar el uso del condón, también se cae.

Entonces, no es tan simple que uno motive la voluntad. La campaña no lo logra; si lo lograra sería fantástico. Sin embargo, si uno quisiera motivar el cambio conductual de pasar de prácticas de riesgo a prácticas de menos riesgo, porque el riesgo es continuo, no es algo absoluto, o una reflexión en torno al autocuidado, supone una mirada integral respecto de cómo estamos abordando la prevención y lo que le pasa a la gente respecto de la información.

Un dato que ustedes manejan mejor que yo es que la mayoría de la gente que tiene VIH declara tener educación media y superior. Por lo tanto, en Chile, el acceso a la información no es el problema; algo está pasando en la sociedad chilena que las personas no logran conectar lo que saben con aquella práctica sexual que realizan.

No tengo la respuesta, no soy sociólogo, pero en algún momento vamos a tener que sentarnos, todos y todas, para ver por dónde se junta lo que se llama disonancia cognitiva: yo creo algo, yo sé algo, pero hago algo distinto. De ahí los prejuicios, los preconceptos, la fidelidad, que entró muy fuerte hasta el 2013, cuando en las campañas se usaba el tema de la abstinencia y uso del condón, como si fuese similar a una campaña sanitaria, donde se debe apuntar a reforzar lo sanitario propiamente tal. Por tanto, la abstinencia pareciera ser más bien una campaña de tipo ideológica de un sector, y hoy nadie habla de ella; quizá, ahí habría que hincar un poco más el diente.

Finalmente, pensamos que hoy están dadas las condiciones. Afortunadamente existe esta comisión y los medios de comunicación están bastante activos respecto de la respuesta; sin embargo, las epidemias no son lineales, sino cíclicas. Entonces, si no logramos mirar bien nuestra epidemia, esto no se va a lograr enfrentar. Hoy estamos enfrentando las consecuencias de malas políticas públicas implementadas, y a mí nadie me dice que en los próximos años esta epidemia vaya a cambiar. Por eso, hay que observar permanentemente cómo se están llevando adelante estas políticas.

En estas cosas Chile está bastante más atrás. Incluso, hasta hace pocos años, me tocó participar por mi organización

en foros internacionales y era vergonzoso. Chile en el concierto de América Latina es una vergüenza en este tema.

Tenemos el récord en muchas cosas, por ejemplo, en índices de desarrollo social, etcétera; pero en temas de salud sexual, en temas de aumento de casos, Chile es una vergüenza, lo que resulta raro porque es un país que tiene dinero y que ha logrado una solidez institucional.

Entonces, aquí ha habido barreras objetivas que se relacionan con la incapacidad y el descompromiso del Estado; digo del Estado para no ser tan puntudo, pero hay que reconocer que los gobiernos han estado al debe. En ese sentido, nuestra mayor preocupación es que no se pierda el foco a que se debe atender a la epidemia en general, pero se requiere mirarla con cierta mayor fineza. Esta epidemia no afecta a todos por igual, lo que no quiere decir que no haya que abordar esas otras dimensiones, pero hay un incendio y hay que apagarlo para que no se expanda. Eso lo sabemos desde la década del 90.

Por último, es un error pensar que esta es una epidemia homosexual. Esta epidemia afecta a hombres que tienen sexo con hombres; sin embargo, hay un ambiente de negación que se ha generado respecto de esa cifra, y es importante decirlo, porque más allá de la orientación sexual de alguien, uno está mirando las conductas de las personas. Por lo tanto, no somos grupos de riesgo, sino que poblaciones altamente vulnerables que, desde el punto de vista de la vulnerabilidad, hay muchos escritos al respecto. Hay que ser capaz de abordarlo de esa forma.

Como trabajamos con comunidad de hombres que tienen sexo con hombres tenemos la prevalencia que tenemos, y también la posibilidad de vincularlos a través de un programa que estamos haciendo en conjunto con el Ministerio de Salud y con CHF respecto de cómo hacemos que esa persona, que ya sabe que tiene VIH -que no es la solución- avance al segundo 90 y que avance al tercer 90. Por eso, todo el sistema debe estar aceptado, porque si nosotros notificamos personas y estas quedan abandonadas a su suerte, se requiere que haya una estrategia que logre que esas personas den el segundo paso, cual es que se vinculen al sistema público. Ello, porque sabemos que las personas que tienen VIH y no toman terapia, transmiten más VIH. Por lo tanto, entendemos cuál es el énfasis de la autoridad y hay que ponerle atención por el tema del estigma.

Tenemos que saber andar en bicicleta y mascar chicle. Hay que prevenir el VIH y hay que prevenir el Sida.

Muchas gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Gracias por las exposiciones.

Tengo un par de preguntas, a propósito de lo último que se planteó respecto de la población clave. Casi todos han coincidido en sus exposiciones en que la prevalencia está en hombres que tienen sexo con hombres, además se amplía el rango de diagnóstico a las mujeres, porque ellas lo contraen previa relación heterosexual. Por lo tanto, ahí es donde uno tiene que poner el foco.

¿Podría profundizar más en aquello? Lo digo, porque se tiende a pensar que solo tendríamos que salir a diagnosticar a la población homosexual, cuando en realidad lo que aparece al final del dato es que las mujeres adquieren el virus a través de relaciones heterosexuales.

El señor **BECERRA**.- El debate en torno a las poblaciones clave siempre ha sido muy fuerte en Chile, en la historia de la respuesta. De hecho, cuando aparecen los primeros casos en los 80, recuerdo que las autoridades en ese tiempo decían que era un problema menor, porque solo se contagiaban los grupos de riesgo. Por eso nos duele que se hable de grupos de riesgo, porque la gente con VIH éramos homosexuales y si nos moríamos no importaba, porque total pertenecíamos a los grupos de riesgo. Pero cuando llegó la democracia y esta enfermedad le empezó a dar a algunas otras personas, ya era un tema de los otros y no solo de los homosexuales.

Siempre ha estado el mundo de las personas de la diversidad, particularmente del mundo de los hombres que tienen sexo con hombres. Siempre han estado un poco en el limbo, porque si tú hablabas de esto algunos dirigentes homosexuales eran estigmatizados. Algo que no se está entendiendo, pues Naciones Unidas ha dicho que hay ciertas prácticas distintas que obedecen a circunstancias culturales. Por ejemplo, el sexo químico es una cosa muy típica del mundo homosexual y nosotros tenemos programas para eso, no es que los chicos hetero no consuman sustancias, sino que el código cultural es distinto. Por lo tanto, ahí habría que ver exactamente cómo estos grupos, que hoy en Chile son básicamente hombres que tienen sexo con hombres; de acuerdo a los datos, son personas trans, mujeres trans. Entiendo que en un bajo porcentaje también están las

dueñas de casa, no son las mujeres profesionales independientes, sino mujeres dueñas de casa; las personas privadas de libertad e inmigrantes, entre otros. Son grupos vulnerables o vulnerabilizados clave.

Lo importante es mirar la epidemia en términos globales para tratar de entender los códigos culturales que hay detrás de esas transmisiones. Tenemos una alta prevalencia en comunidad de hombres que tienen sexo con hombres porque, de acuerdo a los estudios de prevalencia, es un grupo o una población que está altamente afectada, por muchas razones. A lo mejor, muchas de esas personas viven en contextos de estigma, en contextos de ocultamiento de sus vivencias; por lo tanto, probablemente, el tipo de práctica sexual es más esporádica, más exprés, con menos mediadores de prevención.

El tema de los HCH es muy discutido, es una nomenclatura de Naciones Unidas para no etiquetar a las orientaciones sexuales con las distintas prácticas, pero la verdad es que las personas con las que trabajamos son homosexuales. No conocemos a los HCH. Tengo 52 años, trabajo hace 30 años en el tema y no conozco a ningún HCH, sino que pura gente homosexual.

Lo que pasa es que hay hombres homosexuales que tienen señora, que se han casado; hay hombres que tienen sexo con hombres, que son personas que no quieren asumir su orientación y que, básicamente, tienen sexo exprés. Claro, esos son los HCH. Yo trabajo en discotecas gay, yo voy a lugares de encuentro, a discotecas de jóvenes, donde entregamos material, y la gente que va son todos gay. O sea, los HCH no van a lugares gay.

Entonces, al parecer los HCH no los conocemos, porque son desconocidos. Solamente es una forma de hablar en términos epidemiológicos. Es como que yo dijera que la transmisión de mujeres MSH, no hablo de mujeres heterosexual, sino de mujeres. No sé, creo que hay un problema político detrás, a mi parecer se debe poner más "lucas" no más, porque en el testeo masivo que hemos hecho, por ejemplo, de un grupo de jóvenes gay dos o tres salen positivos. Al hacer ese test con jóvenes heterosexuales, eso no va a salir.

Al ver el testeo que llevó a cabo el ministerio en marzo, hicieron más de 5.000 y la prevalencia fue de menos de 1 punto. Nosotros hacemos testeo con población focalizada y

arroja un 11, 12 o 13 por ciento. Entonces, eso está diciendo algo.

Ahora, habría que investigar por qué esta población es más afectada, pero ha sido siempre así. La epidemia en el mundo de los países cordilleranos, andinos, es una epidemia bastante HCH. Al mirar la epidemia en Brasil, en Argentina y en Uruguay, el patrón fue otro: por transmisión sanguínea, por droga intravenosa.

Uno se podría preguntar qué pasa en los países andinos. Quizá somos más católicos, más conservadores; puede ser.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señorita Presidenta, aunque creo que ya se contestó lo que quería preguntar.

En mi experiencia desde el Estado y de venir de salud, se han cometido muchos errores. En 1984 estaba en Concepción y recuerdo de manera traumática cómo el personal de salud se disfrazaba de astronauta y les tiraban las cosas a las personas afectadas, hasta el alimento, desde la puerta hacia adentro. Bueno, hemos avanzado en algo, pero sigo sosteniendo que el personal de salud no ha aprendido. Y se aprende muchísimo de las organizaciones sociales.

Desde mi experiencia, hasta el 2010, en Antofagasta, la seremi de Salud era la que hacía este trabajo de prevención, y es así como la matrona junto a las agrupaciones andaban hasta las 2 o 3 de la mañana en discos gay haciendo prevención y regalando condones, etcétera.

Han pasado varias cosas desde 2010. Primero, se les retiró el presupuesto. Hoy difícilmente se puede ver personal de salud trabajando a las 2 o 3 de la mañana en alguna parte. Es mucho más difícil encontrar eso. Cuando van, hacen algunas rondas o cosas extraordinarias, como una campaña, que es más mediática que otra cosa, y van de delantal blanco. Imagínense lo que pasa al entrar a una disco gay con un delantal blanco.

Además, el comportamiento de los jóvenes y la gente que asiste a esos lugares hoy, que es donde creo que se concentran los grupos en que deberíamos enfocarnos, tienen sexo y no miden las consecuencias de haber tenido sexo sin condón, etcétera, y no lo relacionaría tanto a que están drogados o consumiendo alguna sustancia química. Más bien, se trata de aquellos niños que han desarrollado alguna adicción, los que,

en el fondo, para financiar su hábito se prostituyen. Ahí pueden tener relaciones y, probablemente, son ellos el vehículo para transmitir a estos hombres que tienen sexo exprés o los que no van a la disco gay, sino que van a otro lado.

Entonces, alguna vez fue el alcohol, hoy son las drogas duras, pero fundamentalmente creo que hay un tremendo error al no focalizar en los grupos donde se está originando la epidemia.

Por lo tanto, me gustaría saber si nuestro invitado tiene la percepción respecto de si es la falta de apoyo de recursos para el trabajo de prevención que se hacía con la comunidad, fundamentalmente, y si se debería invertir el gasto del test rápido hacia la prevención y en qué medida.

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

El señor **BECERRA**.- Señorita Presidenta, esa pregunta es bien central, porque cuando he comentado en toda mi exposición la relación entre la participación social, el involucramiento de las comunidades en esto, porque esto debe ser abordado desde la experiencia, no solo sirve la mirada técnica, también debe haber un trabajo que surge de las propias personas afectadas o que potencialmente podrían estarlo.

En la Región Metropolitana, el Ministerio de Salud entrega recursos para intervenciones focalizadas, que es más que testeo, es educación comunitaria, que es lo que ha demostrado ser más eficiente, porque ahí por lo menos se tiene la posibilidad de generar intervenciones más a largo plazo, hay una conversación, hay un sujeto, hay un espacio protegido donde se habla con pertinencia cultural, un lenguaje adecuado. Son 24 millones de pesos para la Región Metropolitana, que es la que tiene más alta tasa de VIH del país, donde vivimos 8 millones de personas.

Entonces, cuando se quiere hacer prevención, se debe invertir en prevención. Por lo tanto, la prevención debe ser revalorizada. La prevención puede ser horas de trabajo de organizaciones locales, a través de programas que aborden desde una dimensión local las distintas formas de entender, como dijo la diputada. En el caso nuestro, los jóvenes con los cuales trabajamos no son trabajadores sexuales, son jóvenes que consumen drogas y se consiguen de todo tipo, me he enterado que hay de todos los colores, pastillas, estampillas, en fin,

la pasan bomba. Bueno, eso tiene que ver con la capacidad de mirar.

Los recursos son importantes, pero, ¿para qué se ponen los recursos? Creo que en el caso de la educación, si se quisiera evitar más casos de VIH, hay que invertir más en prevención primaria, porque, sin duda, lo que se está haciendo ahora es básicamente responder a la incapacidad que tuvimos de hacer prevención. Cuando llegan adolescentes con VIH, lo que hay que hacer es decirle a los jóvenes que ojalá se vinculen, aquí está el sistema, hay una ley que lo protege, afortunadamente, está el servicio público. Las isapres, que son un tema aparte -se me fue plantearlo-, con las preexistencias y todo ese tema. Pero bueno, por último, el 80 por ciento de los chiquillos se atiende por salud pública.

Por eso dije que una cosa es prevenir el VIH y otra es prevenir el SIDA. Lo que están haciendo los gobiernos en el último es prevenir el SIDA, pero no están previniendo el VIH. Por tanto, están ingresando nuevos casos. Al observar toda la estrategia de la campaña del último tiempo es "testéate", "hazte el examen", pero no hay nada más que eso, no hay una conversación, no hay una capacidad de reflexionar en torno a los riesgos. Eso es crítico, porque, como dije, ha habido cierto éxito en esa campaña, la gente ya internalizó el test, pero el test, como prevención, no el test como una consecuencia de una práctica de riesgo. Y eso lo hacemos muy bien las organizaciones.

Para eso, se requiere que el ministerio invierta en las organizaciones. Aquí ha habido una mortandad de organizaciones, que, haciendo un trabajo enorme muy importante de hacer intermediario en los hospitales, por ejemplo, las agrupaciones se vinieron abajo después de 2010. Hoy día prácticamente no hay organizaciones de personas con VIH, que ayuden a los nuevos casos a adherir.

Algo que no se ha dicho es que el 30 por ciento de todas las personas que están en tratamiento abandonan las terapias. Eso se llama la adherencia, es decir, Chile está perdiendo el 30 por ciento de recursos en terapias aproximadamente, puede ser más.

Entonces, si yo fuera la autoridad o el ministro de Hacienda, diría que estoy entregando una cantidad enorme de millones, y hay un 30 por ciento de personas que recibe la terapia y no se las toma. Por tanto, me preguntaría por qué

está pasando eso. Porque cuando uno se mete en redes sociales y pone "compro Truvada" o "compro Stribild", aparece en mercado negro medicamentos vendiéndose en las redes sociales.

Tenemos un problema regrande, tenemos un problema grave en Chile y no se está abordando. La adherencia la trabajamos mejor las organizaciones que los médicos. O sea, hemos aprendido eso a través de educación comunitaria, porque además no tienen tiempo los médicos, ¡están apurados! La adherencia es una dimensión de que se logre el tercer 90; si no hay adherencia, no hay tercer 90 y por lo tanto toda esta estrategia, que se armó desde Naciones Unidas y que Chile está implementado, se va a ir al suelo, porque la gente está no adherente.

En ese sentido, eso requiere concentrarnos exactamente en qué significa esta estrategia cuando el 30 por ciento de las personas abandonan la terapia. ¿Ustedes saben qué pasa? Aquí hay médicas y médicos.

Cuando se abandona la terapia se produce inmunorresistencia y, por lo tanto, esa persona puede transmitir virus que están inmunorresistentes, y esa persona que está recién con VIH por la transmisión no se le puede aplicar un esquema inicial, sino que tiene que entrar con esquemas más altos, o sea, quema antes las terapias.

Eso lo hacían las agrupaciones, eso lo hacía el mundo en lo social, pero hoy no se hace, y por eso se debe invertir más en prevención. Se debe creer más en las organizaciones y no temer a la participación.

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

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señora Presidenta, por su intermedio, quiero preguntar a Marco Becerra. Me llamó la atención, cuando ingresé a la página web de Acción Gay, porque dice: Examen VIH Valparaíso. Dentro de estos exámenes está justamente el test rápido, y colocan una serie de requisitos.

¿Por qué tener mínimo 16 años de edad cuando, supuestamente, la educación debería ser de 4° o 5° básico?

No tengo hijos, pero me imagino que en 4° o 5° básico se debe tener entre 10 y 11 años. Entonces, quiero saber el porqué del mínimo de 16 años de edad.

Ahora, y con todo respeto, los que consumen drogas tampoco es que lo pasen "bomba". Creo que tienen problemas de adicción.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra Marco Becerra.

El señor **BECERRA**.- Señora Presidenta, creo que ahí hay un error, porque de 14 años de edad en adelante se puede acceder al test. A propósito del cambio de la ley, hace dos años, hoy un menor de edad puede acceder a cualquier examen sin tutor y sin una persona responsable adulta.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señor Barrera, se refirió a los recursos del Fondo Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA. ¿Esos fondos ya no llegan a nuestro país?

El señor **BECERRA**.- No, porque Chile postuló a un programa que ganó y fue exitoso, pero desafortunadamente la entidad que administraba los fondos, que era el Consejo de las Américas, en conjunto con la Fundación Ideas, cometieron un desfalco. Era la entidad que ejecutaba y administraba los recursos internacionales.

El Fondo Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria es un fondo millonario y Chile ganó 38 millones de dólares, pero en la primera fase se evidenció un desfalco y, por lo tanto, se perdió la posibilidad de obtener la segunda parte del financiamiento y, además, la posibilidad de seguir postulando, porque el proyecto no se cerró. Solo el componente de la sociedad civil cerró el proyecto. Se enviaron los informes a Ginebra, pero el Estado de Chile quedó debiendo. Eso fue terrible, y algún día podemos conversar sobre eso. Desafortunadamente, no llegó a nada la investigación.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿En qué año fue eso?

El señor **BECERRA**.- Entre los años 2008 y 2009. Justo coincidió con el terremoto y, obviamente, cambiaron las prioridades. Por eso, se vino abajo la respuesta comunitaria. Para ser bien objetivo, también hubo temas que de alguna forma llevaron a que la política pública no priorizara exactamente este tema.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Esa es la deuda que hoy se supone que tenemos, porque algo se rindió.

El señor **BECERRA**.- Se logró informar respecto de los componentes de la sociedad civil y se envió el informe, pero al no cerrar el proyecto, para efectos del Fondo Mundial seguimos en deuda.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿A quién se podría oficiar para que nos diera detalles sobre la materia?

El señor **BECERRA**.- De esa época no queda casi nadie, porque el Consejo de las Américas se desintegró, ya no existe.

Eso fue un fondo que se generó a partir de unos remanentes de la deuda externa que fueron negociados con el gobierno de los Estados Unidos para ser invertidos en proyectos de desarrollo sustentable y ecológico.

Después, este fondo empezó a concursar proyectos con un directorio en donde uno de los miembros fue el embajador de los Estados Unidos, la ministra representante de la Secretaría General de Gobierno, del Ministerio del Medio Ambiente. Eran cuatro ministros. El tema involucró fuertemente al gobierno y al Estado de Chile. O sea, Chile está en deuda con las Naciones Unidas, y por tanto se perdió la posibilidad de seguir postulando.

Imagínense cómo quedó la sociedad civil, porque hoy estamos en el Dicom internacional.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Muchas gracias por la presentación y su buena predisposición.

Damos la bienvenida al señor Mario Calvo, director del Instituto de Medicina de la Universidad Austral.

Tiene la palabra, señor Calvo.

El señor **CALVO**.- Señora Presidenta, agradezco mucho la invitación. Entiendo que la comisión se ha constituido por el aumento de las infecciones de VIH. Sé que han asistido otros infectólogos a exponer y la verdad es que la opinión que tenemos los infectólogos es bastante similar. Por lo tanto, trataré de hacer hincapié en algunos puntos que, según entiendo, la comisión tiene dudas.

Por mi grupo etario he tenido acceso a pacientes con la infección del virus de la inmunodeficiencia humana desde 1995. En ese tiempo eran paciente de mi edad. Me tocó ver la discriminación potente que hubo en esa época y que sigue habiendo, pero bastante menos. Me hice de amigos de algunos y también verlos morir.

Desde esa fecha que he venido trabajando en la enfermedad, con bastante gusto. Pertencí al directorio de la Sociedad Chilena de Infectología en el período 2007 a 2009. Luego, fui vicepresidente entre los años 2009 y 2011. Posteriormente, presidente de la Sociedad entre 2011 y 2013.

Actualmente, participo en un comité asesor del Ministerio en la parte de vacunas. Entonces, hay algo más de historia que podemos conversar en algún minuto.

Respecto del aumento de infección del virus de inmunodeficiencia humana es importante entender dónde está Chile en este minuto.

Como lo indica el gráfico, en Chile ha ido subiendo la enfermedad, pero lo paradójico es que en gran parte del mundo la enfermedad ha ido disminuyendo en incidencia, y ese es el gran dolor que tenemos todos.

Cuando uno mira dónde está Chile en el mundo, en la lámina vemos que todo este grupo de países está delante de nosotros en cuanto a prevalencias, o sea, tienen prevalencias mayores que nosotros, y Chile, según la prevalencia publicada, está en el lugar N° 87. Estamos acompañados de los países sudamericanos.

Según otra publicación, de 2018, estaríamos en 0,6, lo que estaría más cercano al lugar N° 70.

En caso de que consideráramos los *screening* rápidos, que han estado cerca de 0,9, estaríamos entre el 67 y 68. Por lo tanto, estamos en un punto en que podemos variar altamente.

El tema principal es que hace diez años Chile estaba bajo los países sudamericanos. En ese momento la revista JAMA publicó una estadística y que si Chile invertía un porcentaje de su producto geográfico bruto, que era bastante bajo, en prevención y tratamiento, iba a conseguir prácticamente erradicar la enfermedad. Esa oportunidad se perdió; entonces, ahora estamos igual que el resto.

¿Por qué es importante tener clara la situación en el mundo? Se sabe que en el mundo hay un diagnóstico. Es lo principal que tenemos y se estima que en el mundo 54 por ciento está diagnosticado.

Los países de la OCDE han avanzado en este tema y lograron hace mucho tiempo tasas muy altas. En Suiza, en 2012, se calculaba un 81 por ciento; en Estados Unidos, 86 por ciento.

Hay un detalle, que todavía es el "pero" de Estado Unidos, que el porcentaje de detección entre los contagiados entre 18 y 24 años de edad es bajo. O sea, tenemos siempre a los grupos más jóvenes que están en retroceso, tienen menos acceso.

Francia prácticamente es el que más *screening* hace, tiene tasas de detección de sus pacientes de un 93 por ciento.

Esa es la idea, que logremos llegar a cifras que nos permitan tener un buen diagnóstico. En Chile se supone que estamos alrededor del 70 por ciento, dependiendo de cuánto se calcule la incidencia.

El problema -esto se marcó mucho en las distintas presentaciones que se han hecho- es que hay paradojas, hay cosas que no se entienden cuando hablamos los infectólogos y otros grupos.

Primero, hablamos de prevención, y siempre la prevención la hemos entendido a través de barreras, de guantes, de vacunas, etcéteras; sin embargo, pareciera que hablamos algo raro porque hablamos de tratamiento.

La segunda paradoja es que hablamos de buscar grupos de riesgo, pero claramente pareciera que se estuviera discriminando en este país porque el mayor porcentaje de mujeres es a quien se está haciendo el *screening*. No se entiende eso.

A veces damos medicamentos para prevenir cuando el ambiente pone los riesgos. Eso lo hacemos, por ejemplo, cuando mandamos a alguien al extranjero para prevenir la malaria, le damos medicamentos porque en el ambiente hay malaria, y aquí estamos hablando de dar profilaxis para un factor de riesgo que lo genera el mismo paciente.

Entonces, son paradojas de cosas que llaman la atención cuando hablamos. No es extraño que cuando nos escuchan no logremos explicarnos de por qué creemos que tenemos razón en esto.

Se ha dicho que el *screening* no previene el VIH porque es una evaluación.

La verdad es que esta mirada es tremendamente cortoplacista y muestra limitación en cuanto a comprender lo que es un proceso completo.

Hay otras enfermedades en las que hacemos lo mismo. Por ejemplo, en un inmunodeprimido, niño, no se vacuna con trivírica.

¿Cómo se protege a ese niño? Se vacuna a todo el resto, porque todo el resto vacunado asegura que ese niño no se contagie. Esa es una estrategia de prevención y está definida como tal.

Antes del 2005 se teorizó -hay unos cálculos matemáticos- que si se lograba diagnosticar a todo el mundo y tratar a todos los pacientes con la calidad de las terapias de

esa época, técnicamente se podía acabar el 2050 con la epidemia de VIH.

Por otra parte, el éxito de esto se vio hace mucho tiempo. Quiero decir que esto, que voy a presentar desde el punto de vista técnico, no es conocimiento nuevo. De hecho, tuve que buscar entre mis cosas antiguas, porque nosotros ya estamos en otra, esto ya está claro que funciona.

El 2010, mientras todo el mundo estaba preocupado del mundial de Sudáfrica, en Sudáfrica se mostraron otras cosas que nos importaban más a los infectólogos. Entre el 2003 y el 2006, ellos ya habían conseguido tasas altas de tratamiento, y lo interesante de eso es que el seguimiento -en azul están las tasas de cuántos pacientes se estaban tratando- dio cuenta de una caída temporal de las tasas de incidencia general -la línea de arriba- de todos los diagnósticos de VIH. Por lo tanto, por primera vez se logró una demostración de disminución de casos nuevos.

Debo destacar que, desde los años 90, gran parte de los países desarrollados ya tenía enfoques multimodales de educación y preservativo.

El 2009, en New England, celebrando los 25 años de la epidemia, salió una revisión al respecto, y efectivamente, los enfoques basados en educación y en preservativos, tienen efecto, pero muy moderado, de 15 a 20 por ciento, que no necesariamente logra bajar las tasas poblacionales.

Entonces, si bien me gusta mucho también el otro enfoque, hay que hacer lo que es más efectivo, nos guste o no.

Por ejemplo, hay que observar que un enfoque basado en educación y preservativos, que cambie las prácticas sexuales, considerando toda la educación básica y que la enfermedad dura de cinco a ocho años en presentarse, si queremos bajar las tasas, lo más probable es que entre el 2037 y el 2041 estemos teniendo éxito. Necesitamos una estrategia que nos permita en cinco u ochos años tener menos casos nuevos.

A continuación, se muestra la situación de los franceses, que hacen mucho *screening*, cómo después de un *peak* de casos, lentamente empieza a bajar la tasa de casos nuevos.

Se puede apreciar un trabajo antiguo sobre el particular. En Norteamérica, un médico calculó la tasa poblacional de la carga viral, calculó toda la carga viral que podía haber en su población: cuántas eran las personas que tenían VIH, las que estaban sin tratamiento, los casos nuevos,

etcétera, y dividió el número por toda la población, llegando a la conclusión de que mientras más carga viral, había más contagios nuevos, y si lograba demostrar disminución de esa carga viral poblacional -divididas todas las cargas virales por toda la población-, disminuían los casos nuevos.

¿Qué quiero decir? Cuando alguien se contagia con el virus de la inmunodeficiencia humana, se sabe que su riesgo de contagiar no es parejo: el primer año es mucho más riesgoso que contage, y al final, cuando está avanzado, porque tiene cargas virales más elevadas. Si a esa persona la diagnostico en forma precoz, es consciente y se cuida; hay un porcentaje de personas que cuida al resto.

Además, si lo trató, las cargas virales bajan en forma tan importante, que prácticamente no es contagioso. Eso lo han señalado prácticamente todos.

Entonces, cuando hablo del enfoque por prevención, me refiero a diagnosticar precozmente, para evitar que esta persona contage a otras que no están fuera de su interés, sino que son cercanas y que quiere. O sea, estoy haciendo una prevención que puede que no sea para quien hago el examen, pero sí para gente que es cercana y para la población general.

La paradoja dos:

Hablamos de grupos de riesgo, pero la mayor cantidad de exámenes que realizamos es a mujeres. Esta es una realidad que se da en Chile. ¿Por qué? Porque desde hace muchos años tenemos un *screening* prenatal extraordinario en este país.

Entonces, la implementación fue superrápida, no costó nada: se implementó el 2005 y rápidamente logramos tasas de infección de los neonatos de 2.5 por ciento, en vez de 30 por ciento.

¿Es discriminación? Creo que ha sido lento implementar el *screening* para otros grupos de riesgo, pero no íbamos a atrasar a las mujeres en su *screening* prenatal para que el acceso fuese igualitario para todo el mundo. Esto ya estaba montado, había trabajo por delante, y eso explica la paradoja de Chile. Ese es el problema.

¿Tenemos que hacer más *screening*? Sí.

A continuación, se aprecia estadística francesa que da cuenta de que, en general, en los casos nuevos la incidencia va bajando, cuando uno va diagnosticando más casos nuevos en forma rápida. Hay que ser muy agresivo.

¿Cuán agresivo? La verdad es que Francia censa a más del 8 por ciento de la población. El 2017, se hicieron 5.604.000 exámenes de VIH en Francia para una población de 66.000.000 de habitantes.

Si en Chile uno calcula algo similar, según nuestro último censo, tendríamos que hacer al año 1.400.000 exámenes.

¿Cómo buscar a estas personas? La verdad es que no es asunto que tenga claro ni les pueda responder hoy, no es mi tema la sociología ni la epidemiología, pero tengo claro que de ese volumen estamos hablando.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Pero focalizarlo, por ejemplo?

El señor **CALVO**.- Sí, hay que focalizarlo, absolutamente. Es una buena proposición. Pero debemos tener claro que la gente que participa en las organizaciones siente que vamos a llegar fácil; la gente que es más complicada pertenece a grupos como los HSH, porque no los conocemos y vamos a tener que ir a buscarlos.

También hay que considerar un aspecto probabilístico. Hay lo que se denomina grupos de mujeres de VIH. ¿Por qué? Porque en Latinoamérica hay una situación especial con las mujeres, y lo vemos los tratantes. La mujer con VIH es el grupo más discriminado en Latinoamérica, porque habitualmente es un grupo que tiene una tasa de alfabetismo baja, habitualmente contagiado por su marido, pareja, cónyuge o lo que sea, quien es quien la mantiene, a veces la maltrata y no acepta la enfermedad. Otra característica psicológica es que no reconoce que debe tomarse los medicamentos y le miente al médico diciéndole que los toma, cosa que nos ha pasado más de una vez. Es un grupo de alta mortalidad.

Entonces, la discriminación de la mujer, que si bien es una minoría dentro de los pacientes con VIH, es enorme desde el punto de vista de sus consecuencias médicas, y a esos grupos no vamos a llegar fácilmente. Eso lo tengo claro. Entonces, llegar a un buen *screening* va a ser difícil.

Hay hartas formas que se han plateado. Una interesante para nuestro país, por varias razones, es el testeo universal en el servicio de urgencia. Hay universales, un poco más focalizados según patología. Hay varias técnicas de esto, y lo quiero mencionar simplemente porque lo revisé hace poco. Y eso se ha metaanalizado, hay revisiones sistemáticas en países de bajos y medianos ingresos, países que tienen prevalencias

altas, por ejemplo, India y Uganda. En general la aceptación es alta; la gente acepta en un 90 por ciento. Está todo medido. O sea, si uno pregunta en la ventanilla, en la sala de espera o al doctor, adentro. Todo eso se sabe que tiene una tasa de aceptación diferente y más o menos voluntad de hacerla al paciente. Pero más o menos se llega a lo mismo; hay algunas variaciones mínimas. Se sabe que la sala de espera es el peor lugar.

En este trabajo se diagnosticó a pacientes que no tenían diagnóstico previo, entre 65 a 90 por ciento. Este es un metaanálisis, es la mezcla de varios trabajos, y, en general, muestra una forma de buscar.

¿Por qué el servicio de urgencias es interesante? Porque muchas veces es el único lugar donde la gente tiene contacto con un sector de salud. Hay mucha gente que solo va a la urgencia: no va al consultorio, no va al hospital, solo a la urgencia. Y eso es particularmente cierto en países que tienen una alta tasa de migrantes, que, generalmente, tienen el concepto de que en la urgencia no los van a enrolar, no les pueden aplicar medidas legales, no los pueden deportar. Entonces, tenemos un lecho social que facilita la llegada del paciente.

Hay dos estrategias de enfoque para consentir, y esta es la situación más difícil en Chile: el *opt-in* y *opt-out*. Básicamente, se refiere a consentir: que estoy de acuerdo con el examen o que no me lo practiquen.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en Estados Unidos recomendó, el 2006 -salió bien publicitado en las revistas médicas-, que a la gente se le preguntara si quería hacerse el examen del VIH. Si el paciente respondía positivamente, se lo hacían, pero si la persona decía que no, no se lo hacían.

En Chile solo tenemos *opt-in*: la persona debe dar un documento de consentimiento que, según la ley, tiene que estar en papel, lo cual es una limitación que impide el acceso al diagnóstico. Y no solo lo limita desde el punto de vista teórico, sino que provoca que haya diagnósticos que no se hagan y se atrasen. Tiempo de atraso significa posibilidad de complicaciones.

Lo anterior es una limitación al acceso, que lleva a otro punto.

Por ejemplo, si consideramos que el consentimiento tomará solo cinco minutos a un profesional -en verdad, como lo da a entender la ley, deberían ser no menos de 20 minutos- y eso se calcula por el 1.400.000 exámenes de VIH que queremos hacer, significa que vamos a gastar 121.000 horas en hacerlos. Eso significa, considerando una semana de 44 horas de trabajo, que son 2.755 semanas de trabajo, y que solo para el consentimiento demorará cinco minutos, deberemos contratar a 61 profesionales solo para consentir. No estoy hablando de tomar las muestras, no estoy hablando del procesamiento de las muestras, de la compra, nada. Eso significa, en pesos, pagando 500.000 pesos anuales, 366.000.000 de pesos en decir a la gente que firme el papelito.

En general, la gracia del consentimiento informado es que se trata de un tributo a la libertad de las personas, pero muchas veces hay que sacrificar eso cuando se está dañando la seguridad de las personas, y eso es lo que estamos haciendo con un consentimiento tan duro como es el chileno.

La tercera paradoja. A veces damos medicamentos para prevenir cuando el ambiente pone los riesgos, sin embargo, nosotros estamos recomendando la PrEP. Suena muy raro dar tratamiento a gente sana. Efectivamente, a todos nos ha chocado. Esto también es antiguo.

El primer trabajo salió en 2010 y mostró una prevención del 44 por ciento en infecciones nuevas. Se ha probado en múltiples esquemas, diferentes formas, la mayoría con éxito, con un par de fracasos muy puntuales, que podemos comentar después, y es digno de metaanálisis el hecho de que muestre que en la población masculina y femenina -también están analizados los subgrupos de comportamiento sexual- es beneficioso. Esto lo baja.

Es una práctica bastante aceptada en el mundo. El problema no es de concepto técnico, está claro que funciona, el problema es de otra connotación e índole. Para empezar, se cuestiona si es legítimo que el Estado esté obligado a entregar terapia a alguien que se expone por sí mismo a un riesgo. Ese es el problema que tenemos.

En abril mostré esos datos mientras daba una clase a quince alumnos. Les pregunté: si ustedes fueran parlamentarios, votarían a favor de implementar la PrEP. De los quince, nueve votaron a favor. Después hice otra prueba y propuse una nueva droga para prevenir que los fumadores hicieran cáncer de

pulmón, al mismo valor que la PrEP. En ese caso, solo cinco votaron a favor de implementar ese tratamiento.

Con eso quiero representar las consideraciones sociales que uno tiene del grupo afectado. Mis alumnos son jóvenes, tienen mucha consciencia de la enfermedad por VIH, pero discriminan al fumador, cosa que no sucede en mi generación, que es más vieja. En general, lo más probable es que mi generación considere más razonable al fumador, pero los dos son pacientes, los dos son personas afectadas por una situación, y nosotros tenemos un arma que los puede beneficiar, pero no podemos discriminar.

Por eso, tenemos que ver es el punto dos. Es decir, si el costo-beneficio de lo que vamos a hacer es racional o no, y eso es más difícil de medir; no tengo cifras chilenas. Sé que en el estudio Ipergay lograron calcular que prevenir una infección costaba alrededor de 2.600 euros anuales, costo en tratamiento por infección prevenida, lo que es una cifra bastante alta, considerando que no es una muerte. En cambio, ese mismo cálculo, en Brasil es más generoso, porque ellos tienen un genérico que vale 23 dólares mensuales. Por ende, es el costo de la droga lo que va a marcar el costo-beneficio. Por lo tanto, el problema es más conceptual.

Esto lo aceptó mucho el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. En la lámina se puede ver el tremendo titular que dice que previene hasta el 92 por ciento de las enfermedades nuevas. Es cierto, pero eso es en condiciones óptimas y, al igual que el uso del preservativo, depende de que la gente se tome el medicamento, lo cual puede ser tan malo como un 33 por ciento o tan bueno como un 92 por ciento.

Ahora, en cuanto al aspecto social y a cómo nuestra población va a aceptar eso o va a asumirlo, no puedo dar respuesta, porque no tenemos estudios al respecto. Los grupos de la sociedad civil pueden tener un poco más de claridad que nosotros al respecto.

De hecho, en el mundo se considera que 380.000 personas están recibiendo algún tipo de PReP, ya sea en demanda o de forma continua, y el 60 por ciento de ellos están en Norteamérica, aunque la han implementado distintos países. Es caro, aunque no conocemos el costo real por infección prevenida en nuestro país, pero es una estrategia que se sabe que sirve.

Si alguna vez quieren legislar al respecto, le sugiero que no lo hagan, porque el problema que tenemos con la ley es que la ley se hizo cuando el consentimiento informado lo que más buscaba era proteger la confidencialidad del paciente en un contexto en que existía muchísima discriminación, que todavía la hay, pero menos, y en una comunidad que prácticamente no sabía que había terapias con buenos resultados. Eso cambió y ahora estamos en un momento en que tenemos terapias, pero también tenemos limitaciones de una ley que se hizo con esa mentalidad.

Con la PReP también existen problemas, porque tenemos una gama de estrategias nuevas en diseño, pero solo en 2020 van a estar saliendo los trabajos para modificar la forma de prevenir. Todo eso está en tela de venir. No sabemos cuál va a ser exitosa. El problema que tenemos es la tecnología y el conocimiento médico avanzan tan rápido que no hay forma de que el Parlamento pueda seguir el paso a eso, porque tiene sus tiempos, tal como las sesiones que hemos tenido. Así es que, en general, si se hace alguna cosa, tendría que ser bastante amplia.

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

El señor **BELLOLIO**.- Señora Presidenta, la exposición aportó muchos datos y evidencia interesante, que permite saber cuál camino preferir. Obviamente, uno tiene que tratar de hacer varias cosas en paralelo, pero la eficacia que mostró fue muy relevante.

En cuanto a la paradoja, por un lado, mientras más bajo es el costo del medicamento, menor es el costo de efectividad. De ahí no se podría derivar a que alguien sostuviese que es mejor que el precio del medicamento sea más alto para prevenir más, sino que hay que hacer las dos cosas al mismo tiempo.

Pero también usted deslizó que la percepción de riesgo sobre la enfermedad ha bajado, porque objetivamente el riesgo de la enfermedad también ha bajado, que de VIH derive a Sida. El problema, y que han mencionado varios expertos, es que una buena parte de las personas que no sabe que tienen VIH se enteran cuando es demasiado tarde, cuando ya tienen Sida y, por lo tanto, la probabilidad de sacarlos de ese estado es baja.

Entonces, de acuerdo con su experiencia, ¿cómo logramos un menor contagio a través de *screening*, pero también en

relación a costo-efectivo, dentro de la campaña que permita disminuir el contagio?

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señora Presidenta, hoy se me aclaró el porqué en todas las sesiones el diputado Rosas pregunta por el cambio a la ley. El doctor acaba de mencionarla, a propósito de que está mal hecha, porque se promulgó en otro contexto país, sobre todo respecto del enfoque hacia el consentimiento informado.

Presidenta, por su intermedio, le quiero preguntar al doctor Calvo si él cambiaría la ley, al menos en ese aspecto, o en qué otro aspecto la cambiaría.

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

El señor **ROSAS**.- Señora Presidenta, una de mis preguntas la hizo la diputada Hernando, y era sobre el consentimiento informado.

Otro tema que deslizó el doctor Calvo tiene que ver con el *screening* en las urgencias. En nuestro país, el servicio de urgencia es el filtro más grande que existe en el ámbito salud. Son millones de consultas al año y está disponible, en general, en toda la red asistencial. Por lo tanto, sería un buen lugar para realizarlo. ¿Cuál es su visión de ese tipo de implementación? ¿Es posible implementarlo en Chile? En su calidad de asesor del ministerio, ¿ha tenido conversaciones al respecto?

En la misma línea, para llegar al nivel de Francia, se necesitarían alrededor de 1.400.000 test rápidos. De acuerdo con la experiencia que usted tiene, doctor, que desde 1995 viene tratado pacientes portadores del virus VIH/Sida ¿sería fácil o difícil de aplicar el *screening* dentro de las redes de urgencia? ¿Cuál es su opinión?

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señora Presidenta, llevo un año realizando charlas informativas a cursos de 3° y 4° año de enseñanza media sobre biología sexual, contagio y seriedad de enfermedades de transmisión sexual asociado a VIH.

El nivel de desconocimiento que existe es brutal, teniendo la inmensa mayoría de esos muchachos, porque los encuesto ahí mismo y ellos, sin mayor problema, declaran su

actividad o no en el ámbito sexual, es decir, la total ausencia de riesgo. Veo permanentemente que no existe ninguna noción de riesgo, porque el contagio es asumido como una situación con escasa probabilidad de ocurrencia. En caso de afectar a una persona, es vista como una enfermedad crónica, de modo que ni siquiera está presente el riesgo de muerte.

En consecuencia, le pregunto: ¿Cómo se está enfocando lo que se debe hacer mejor? Lo pregunto, porque estamos frente a un escenario voluminoso, enorme, de jóvenes menores de 29 años -segmento de mayor riesgo- que están en el desconocimiento más absoluto.

A pesar de que buscan y de que agradecen la información, las autoridades y los agentes informativos de distinto tipo no estamos llegando a ese segmento de la población, que claramente ve disociado su mundo íntimo, su mundo de actividad sexual, respecto de la posibilidad de afrontar el riesgo de contraer una infección como esa.

¿Qué mirada tiene sobre aquello?

¿Qué piensa de las cifras que tendremos este año? En noviembre o diciembre evaluaremos el 2019, lo compararemos con el 2018 y 2017, y me temo que todavía no tendremos una baja, sino al revés, es probable que siga aumentando.

Entonces, ¿cómo intervenir para mejorar y corregir las políticas públicas respecto de esta pandemia que tenemos en Chile?

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el director del Instituto de Medicina de la Universidad Austral de Chile, señor Mario Calvo.

El señor **CALVO**.- Señorita Presidenta, si se analiza la relación costo-efectividad, parece ser más razonable hacer el *screening* precoz. Personalmente, creo que sería más sensato tratar de hacer un cálculo y algún tipo de piloto rápido. En general, es frustrante levantar una especie de elefante blanco y después darse cuenta de que no resultó. Se pueden hacer pilotos rápido para saber cuánto detecta, un par de urgencias, por ejemplo, o un par de escenarios clínicos para ver qué se logra detectar.

Por otra parte, es importante considerar que una tasa baja de diagnóstico no debe llevar a la frustración. Se considera que desde 0,2 por ciento para arriba está más o menos bien; quizá podríamos ser más exigentes como país y pedir 0,4 o 0,5 por ciento, porque se sabe que en múltiples enfermedades

el *screening* es poco rendidor. Por ejemplo, en tuberculosis, en 1.000 baciloscopías buscamos que una salga positiva, por lo que debemos perder 999 exámenes. En consecuencia, es necesario perder algo para ganar ese porcentaje; mientras más difícil sea el grupo al que vamos a acceder, más caro nos saldrá en cuanto a pérdida. Creo que ese es más, pero hay que medirlo.

En relación con su pregunta sobre si cambiaría la ley existente, le respondo que sí lo haría, desde el punto de vista del consentimiento informado. La mayoría de los infectólogos creemos que es una brecha en nuestro ejercicio diario, asegurarnos de contar con una estructura nueva que asegure de igual manera la confidencialidad, con la misma seriedad, y que también asegure la contención del paciente al diagnóstico positivo.

El test de autodiagnóstico existe en el mundo desde el año 2000. A Chile no ha entrado, por distintas razones, y una de ellas ha sido el temor a la reacción del paciente, que no se vaya a suicidar si el resultado era positivo, etcétera, que son variables que pueden ocurrir; pero, al final, por protegerlo de eso, conseguimos que lleguen con su enfermedad en estado avanzado.

Todo lo que ganamos en algo lo perdemos en otro. Hay que tener eso en cuenta y buscar lo que sea mejor para el paciente. Si quitamos su consentimiento, siempre vamos a perder un poco en la sensación de cuán participe fue en su diagnóstico.

En relación con la consulta sobre implementación del *screening* en los servicios de urgencia, debo decir que he trabajado muy rara vez en ese ámbito de atención, así es que me resulta difícil contestar esa pregunta. Creo que la estructura existe, pero hay que considerar que existen muchos servicios de urgencia en este país.

Soy de regiones, y agradezco mucho cada vez que se hace una pregunta sobre regiones. Tenemos focos de enfermedades que sabemos que están en ciudades más chicas. Es típico que, cuando nos referimos a las regiones, pensamos en las capitales regionales, pero debemos llegar a lugares más pequeños, donde a veces se juntan grupos de personas que son seropositivas.

A veces hemos tenido apilamientos de casos y, como están fuera, tienen menos acceso a salud y a información. Es decir, no solo existe un acceso desigual al tratamiento, sino también a la información sobre la enfermedad.

Por lo tanto, creo que la implementación debería considerar a las regiones, hasta los servicios de urgencia más chicos en los hospitales más pequeños.

En cuanto a cómo mejorar los conocimientos en educación sexual, me es difícil responder porque trabajo en una universidad, en educación superior, no en educación básica. No obstante, cuando era estudiante de Medicina, tal como el diputado Castro, iba a los colegios a impartir clases de educación sexual y sobre VIH con una agrupación de voluntarios que en algún momento me correspondió dirigir. Teníamos muy buena recepción, pero, según medimos seis meses después, notamos que tendían a aprender mucho sobre el examen de VIH y sobre el virus, pero no sobre la enfermedad, por lo que tuvimos que cambiar el énfasis para orientarlo hacia la prevención de la enfermedad, que era lo que más desconocían.

Tengo claro que, cuando uno imparte educación, debe tener mucho cuidado para que las personas aprendan selectivamente lo que se necesita enseñar. Por lo mismo, no se debe discriminar a nadie, porque, tal como no hay que discriminar a las personas que tienen relaciones con hombres, tampoco hay que hacerlo con quienes optan por mantenerse vírgenes, población que en Estados Unidos ha tendido a aumentar. De igual manera, tampoco se debe discriminar a quienes tienen menos parejas sexuales. Considero que, si en la actualidad alguien dice que no tiene pareja sexual, es más objeto de burlas que si cuenta que tiene una opción sexual diferente. Entonces, ese respeto se debe aplicar para todo tipo de opciones.

En ese sentido, la educación debe ser completa, es decir, hay que enseñar tanto el uso del preservativo como aquello que se previene y cómo hacerlo bien, pero esa educación debe ser tremendamente abierta.

Como dije, no soy educador básico ni de enseñanza media, por lo que es difícil que mi opinión tenga una validez real.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Quiero agradecer al doctor Calvo, quien debe retirarse para ir rápidamente al aeropuerto.

Muchas gracias por su exposición.

Informo a la comisión que se invitó a la presidenta de la Fundación Margen, señora Nancy Gutiérrez, quien se excusó

de asistir, y al director en el país de Onusida, señor Carlos Passarelli, quien también se excusó de asistir.

Por tanto, acordamos no solo volverlos a citar, sino además con...

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- ¿Apercibimiento?

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Exactamente, ya adoptamos un acuerdo en ese sentido.

El señor **ACOSTA**.- Señorita Presidenta, ¿se va a conversar lo de la citación del día 21?

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Sí, acordamos el día 21.

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

-Se levantó la sesión a las 12.52 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 12:52 horas.

María Teresa Calderón Rojas
Abogada Secretaria de la Comisión (A)

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 OGC015136.mp4>