



Programas de VIH/SIDA: 1990-2000.

Prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control

Autor

Maria Pilar Lampert Grassi
Email: mlampert@bcn.cl
Tel.: (56) 32 226 3901

Comisión

Elaborado para la Comisión Especial Investigadora de la actuación del Ministerio de Salud y demás organismos públicos competentes en relación a la crisis que afecta a Chile en el tratamiento del VIH Sida desde el año 2010 hasta el año 2018.

Nº SUP: 120229

Resumen

La Comisión Nacional del SIDA, **CONASIDA**, se constituyó el 9 de Mayo de 1990, como instancia permanente e intersectorial, presidida por el subsecretario de Salud, con la misión de “promover y facilitar procesos orientados a que la sociedad asuma la prevención y la disminución del impacto biopsicosocial del VIH-SIDA”. Así, se constituye como el organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación global del Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA en Chile. **Tanto por su modelo de gestión, como por el programa desarrollado, CONASIDA obtuvo reconocimiento internacional.**

A continuación se desarrollan los principales puntos del informe:

Situación epidemiológica VIH/SIDA Chile. Desde 1984 al 2000 se habían notificado 4,085 enfermos a nivel nacional, de los cuales 2,705 habían fallecido. Por su parte se registraban 4.640 personas con VIH+ asintomáticas en las 13 regiones del país, estimándose, en general, una sub-notificación de un 15% a nivel país. Las estimaciones de ONUSIDA sobre personas que vivían con VIH/SIDA en Chile para ese año eran de 15.000, con un margen de error para dichas estimaciones que iba de entre 9.700 y 20.000. La mayoría de los notificados, es decir, el 89.2%, correspondían a hombres (con predominio de hombres homo/bisexuales) y el grupo de edad entre los 20 y 49 años concentraba el mayor porcentaje (85.8%) de afectados. La principal vía de transmisión era la sexual (93.5%).

Marco normativo. El Decreto 466, de 1987, en su artículo 1° establece un Programa de Vigilancia Epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; y en artículo 4° establece la notificación obligatoria de serologías positivas para anticuerpos de virus de SIDA (HIV), siendo el Ministerio de Salud el responsable de supervigilar dicha notificación, mientras en relación a la educación, el artículo 5° designa al Ministerio de Salud como responsable de diseñar y ejecutar programas de educación para el personal de salud y la comunidad nacional, en relación a la infección por virus de SIDA; siendo obligación de los Ministerios de Salud y Educación, la supervigilancia del cumplimiento dentro del ámbito de sus respectivas atribuciones.

Educación sexual. A pesar de lo establecido en el artículo 5 del Decreto 466, hubo un vacío institucional relativo a Educación. Recién en el año 1991, el Ministro de Educación convoca a un ‘comité consultivo’ para levantar una propuesta de educación sexual. Debido a la heterogeneidad del grupo y sus diferencias ideológicas, se llegó al acuerdo que, en vez de abordar el tema desde el currículo, se permitiese descentralizar las decisiones a los propios

establecimientos. De esta manera, se estableció la primacía de la libertad de enseñanza por sobre el derecho de los sujetos a obtener información relevante en materias de sexualidad, una tensión que se observa permanentemente en las políticas educacionales del período 1990-2000.

En el año 1993, el Ministerio de Educación publicó el documento titulado 'Hacia una Política de Educación Sexual para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación'. Así, las comunidades educativas dispondrían de criterios generales para participar en la definición de contenidos curriculares en la escuela. Sin embargo, desde una mirada más crítica, el Ministerio pretendía evitar la imposición de determinados contenidos educativos y definir criterios y procedimientos, dejando la responsabilidad de la elaboración de programas a los diferentes proyectos educativos.

Después de la Conferencia del Cairo de 1994, donde Chile se compromete a proteger, garantizar y promover el ejercicio de derechos en materia de salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes, el gobierno entrante formó un Comité Multisectorial de Educación Sexual y Prevención del Embarazo Adolescente. Siguiendo sus lineamientos, en el año 1995, se lleva a cabo el primer piloto de la JOCAS. A partir del año 1996 el Ministerio de Educación comienza a capacitar a equipos de docentes, apoderados y alumnos de liceos, quienes autogestionan en sus planteles estas Jornadas, llegando el año 1998 a 1.288 liceos.

Las JOCAS, desde sus inicios, tuvieron un fuerte rechazo desde los sectores conservadores asociados a la Iglesia y a la derecha política, pero también desde quienes sustentaban una perspectiva sanitaria. Los primeros, por promover una educación sexual totalitaria desde el Estado (que excluye el papel formador de la familia), y los segundos, atendido que no se entregaba un conjunto de información mínima relevante a los alumnos.

Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA y ETS. Este programa, desarrollado y coordinado por CONASIDA, tenía 6 componentes:

Prevención, basada en tres niveles de intervención (social, grupal e individual)
Nivel social: A través de campañas de comunicación social que llegan al conjunto de la población. Desde el inicio del programa hasta el momento de la evaluación en el año 2000, se habían llevado a cabo 4 campañas de una duración promedio de 6 meses (1991-1997), las que fueron suspendidas luego hasta el año 2001. Respecto de la evaluación que se tuvo de estas, se da cuenta que las personas tienen mayores conocimientos básicos sobre el VIH. Para año 97, 94% de las personas sabía que la enfermedad se transmitía por vía sexual. A pesar de ello las formas de prevenirlo no eran tan claras: el año '97 el 77% de las personas sabía de la prevención por pareja única, mientras solo el 47% de los hombres aceptaba el uso del condón como método de prevención. Esto, si bien aumentó la percepción de riesgo, persistió la idea de que el problema del VIH/SIDA se encontraba centrado en algunas poblaciones de riesgo (homosexuales y trabajadoras sexuales), por lo que se observa reticencia a participar en acciones preventivas. **Nivel grupal:** Propuestas de educación y capacitación a grupos focalizados. Durante el período 1996-1999 se capacitó a 297 grupos. Dentro de las capacitaciones se consideró: equipos de salud (tanto del sistema público, como de los que trabajan con grupos vulnerables), consejeros y grupos vulnerables. **Nivel individual:** Otra línea fue la consejería individual y el FONOSIDA que recibía 54.000 llamadas al año promedio. El componente de información y educación para la prevención fue evaluado positivamente; según la encuesta de la OMS, Chile se situaba dentro

de los 5 países de Latinoamérica con mejores conocimientos sobre la enfermedad.

Atención integral a personas VIH+. Este componente permite a los beneficiarios del sistema público acceder a control activo y atención integral a 3.925 personas, de las cuales 2.301 están en control activo y 1.501 adultos en tratamiento antirretroviral (TARV). Esta última cifra corresponde al 49,4% del total de las personas adultas con indicación de tratamiento. Sin embargo, el programa atiende al 100% de las embarazadas con VIH+. Del mismo modo, se proporcionaba en forma gratuita y con cobertura nacional (sistema público y privado) el protocolo ACTG 076 para la prevención de la transmisión vertical del VIH para el 100% de las embarazadas. Sin embargo, se evidenciaba desigualdad de acceso a los fármacos y la asistencia necesaria para el control de la enfermedad entre las personas del sistema público y las del sistema privado, en desmedro de estos últimos. Las TARV ambulatorias no eran cubiertas por las ISAPRES, por lo que debían ser cubiertas en su totalidad por el paciente y su familia.

Componente de estudios. Respecto de este componente, aparece desagregado por dos tipos de estudios: (i) estudios que aportan información epidemiológica para la toma de decisiones, CONASIDA elaboraba boletines epidemiológicos VIH/SIDA y ETS, de frecuencia trimestral. (ii) Estudios denominados 'comportamentales' que aportaban información acerca de aspectos cualitativos y cuantitativos de conductas sexuales de riesgo para el mejoramiento y adecuación de las políticas públicas. Se elaboraron 9 estudios en el periodo analizado.

Componente de estrategia de enfrentamiento de la ETS. A la fecha de la evaluación, los 28 centros de atención (100%) se habían beneficiado con la difusión de las normas técnicas de tratamiento, los nuevos procedimientos y la vigilancia epidemiológica.

Componente estrategia de cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional. Al año 2000, 11 personas que trabajaban en enfrentar la problemática del SIDA se beneficiaron con un intercambio técnico con Francia y se habían firmado tres convenios, con Francia, ONUSIDA y GZT Alemania.

Componente modernización de la gestión. Este componente se define por el compromiso continuo con una gestión modernizadora y la ejecución de los compromisos con los servicios de salud. Este componente favoreció a 26 servicios de salud pública y a 782 organizaciones que se fortalecieron en su gestión.

En términos presupuestarios, el 94% del presupuesto se gasta en acciones directas a las personas ya sea en prevención o atención, donde un 66% se gasta en atención a personas con VIH SIDA y un 21% en estrategias de prevención. En este marco, la DIPRES, en su evaluación del año 2000, recomienda poner más énfasis en profundizar las acciones preventivas. Así como también que CONASIDA tenga mayor autonomía respecto al manejo de los recursos.

Introducción

A solicitud de la **Comisión Especial Investigadora de la actuación del Ministerio de Salud y demás organismos públicos competentes en relación a la crisis que afecta a Chile en el tratamiento del VIH Sida desde el año 2010 hasta el año 2018**, se realiza un documento que considere tanto el marco legal como administrativo que regulan las políticas públicas relativas al VIH/SIDA en Chile. Y, del mismo modo, que dé cuenta de los programas desarrollados y su evaluación, así como también de cómo se fue desarrollando la educación sexual en Chile, como pieza clave para la prevención de la enfermedad.

A razón de que la solicitud tiene un enfoque histórico, junto con la existencia de gran cantidad de información respecto de la temática, el documento se dividió en tres periodos históricos, 1990- 2000, 2000-2010, 2010-2018. Esta división está marcada por la evaluación que hizo la DIPRES de los programas el 2000 y el 2010, mientras el tercer periodo, es el tiempo que ha considerado investigar la Comisión. En consecuencia, el presente informe corresponde al primero de una serie de 3 documentos, y considera cinco capítulos, a saber: (i) Antecedentes; (ii) Situación del VIH/SIDA en Chile, (iii) Marco normativo, (iv) Educación sexual y (v) Programa para la prevención y control del VIH/SIDA e ETS.

Capítulo I. Antecedentes

La Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, se constituyó el 9 de Mayo de 1990¹, con la misión de “(...) promover y facilitar procesos orientados a que la sociedad asuma la prevención y la disminución del impacto biopsicosocial del VIH-SIDA de acuerdo a los criterios técnicos de referencia y a los principios de gobierno de participación, descentralización equidad e intersectorialidad. Todo esto a través de la reflexión y del dialogo, el respeto a la dignidad humana y el desarrollo de la autonomía de las personas” (DIPRES, 2000).

Esta comisión fue pensada como una instancia permanente e intersectorial, encargada de proponer, al Ministerio de Salud, las medidas técnicas, jurídicas y administrativas necesarias para una mejor prevención, vigilancia, pesquisa y control de la enfermedad; y, en general, aquellas necesarias para ejecutar las funciones que el Decreto Supremo N° 466 de 1987 le asigna al Ministerio de Salud (DIPRES, 2000).

Según este decreto, desde su creación, su presidente era el Subsecretario de Salud e, inicialmente, estuvo formada por médicos cirujanos y otros profesionales de la salud. Paulatinamente, con un horizonte más amplio que el biomédico, fue incorporando profesionales de otras áreas, tales como la psicología, la sociología, la educación, las comunicaciones, la gestión y administración.

La primera actividad del CONASIDA fue realizar un diagnóstico de lo realizado hasta 1989, para luego abocarse en la formulación de un programa a mediano plazo. En ese marco se constituye como el organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación global del Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA² en Chile (CONASIDA, 2002).

¹ Decreto Exento N°6, 1990 (no fue encontrado)

² Decreto exento N° 348, 1996

Como tal, el CONASIDA tiene un rol dentro del sistema público, coordinando el programa con otros sectores, instituciones y organizaciones, a través del trabajo en redes. Del mismo modo, mantener la cercanía con organizaciones no gubernamentales e instituciones que trabajan en el tema de VIH/SIDA (DIPRES, 2000). En este marco, el CONASIDA tenía facultades para coordinar el trabajo con:

- Las seremis y servicios de salud en el territorio, donde corresponde la ejecución de acciones.
- Otros ministerios y servicios públicos con los que se desarrollan acciones conjuntas.
- Organizaciones sociales con el cual se formulan y ejecutan acciones programáticas.
- ONG dedicadas a la prestación de servicios en el área de VIH/SIDA.
- Empresas privadas dedicadas a la prestación de servicios especializados en VIH/SIDA.

Para llevar a cabo el programa, el CONASIDA tiene una estructura funcional y matricial. La primera permite un tratamiento diferenciado en áreas del plan de acción, mientras que la segunda permite la formación de equipos interdisciplinarios estables formados por profesionales y técnicos. En este ámbito se diferencian varias áreas de trabajo: **prevención, atención integral en VIH/SIDA, área de estudios, enfermedades de transmisión sexual, y presupuesto y administración.**

La coordinación y articulación de actividades dentro de la comisión se realiza a través de dos instancias de reuniones periódicas: el comité ejecutivo (encargados de cada área) y del equipo completo de profesionales. En estas instancias se realizaba una evaluación periódica de los avances, donde también se conocían los informes presupuestarios y se adoptan las decisiones de ajuste.

En el tópico de organización y gestión del programa, DIPRES en su informe de evaluación, da cuenta de que "(...) la estructura de gestión del programa ha sido la adecuada ya que ha permitido la conformación de un referente con identidad clara para representar al Estado en materia de VIH/SIDA. Dada la sensibilidad del tema y su presencia en sectores tan diversos como justicia, educación, seguridad ciudadana y el SERNAM, la presencia de un referente único del Estado es esencial. Así, ha sido posible contar con recursos especializados en VIH/SIDA **capaces de abordar el tema desde una perspectiva multidisciplinaria, lo que habría sido muy difícil de lograr si el programa se hubiera desarrollado como uno más de los que le MINSAL es responsable.** Los recursos especializados del CONASIDA pueden actuar con fluidez en escenarios tan diversos como: cárceles, escuelas, ONG de personas viviendo con VIH/SIDA, grupos con preferencia homo o bisexual, trabajadores sexuales etc. (DIPRES, 2000)

Finalmente, en esta materia, vale mencionar que la evaluación de la DIPRES da cuenta de que la dependencia de la Subsecretaría es adecuada desde el punto de vista de la cercanía en la toma de decisiones en materias de salud pública, así como de coordinación de las acciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Sin embargo, se recomienda una coordinación más estrecha de la Ministra de Salud, el subsecretario y la CONASIDA, dada la sensibilidad y trascendencia política de las decisiones en materia de VIH/SIDA".

Con el modelo desarrollado, **CONASIDA obtuvo reconocimiento internacional**, debido a su correspondencia con estructuras similares en otros países, así como a la coherencia de su estructura con las decisiones tomadas en materia de VIH/SIDA por las Naciones Unidas (DIPRES, 2000).

En el año 1997, el Ministerio de Salud decide traspasar el Programa de enfermedades de transmisión Sexual al CONASIDA, creándose el área de ETS, y **así el programa pasa a llamarse Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA y ETS**. Ese mismo año, el VIH/SIDA fue incluido entre las **16 prioridades del sector salud**, como queda establecido en el documento ‘Diseño e implementación de las prioridades en salud’.

Capítulo II. Situación del VIH/SIDA en Chile

Según el informe ‘Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA’, elaborado por ONUSIDA el Gobierno de Chile y la Fundación Mexicana para la Salud, el primer caso de SIDA en Chile se notificó en 1984; desde esa fecha, hasta el 31 de diciembre de 2000, CONASIDA da cuenta de que se habían notificado 4.085 enfermos a nivel nacional, de los cuales 2.705 habían fallecido. Por su parte, se registraban 4.640 personas con VIH+ asintomáticas en las 13 regiones del país, estimándose en general una sub-notificación de un 15% a nivel país (ONUSIDA, 2002).

En este marco, las estimaciones de ONUSIDA sobre personas que vivían con VIH/SIDA en Chile, para el año 1999, eran de 15.000, con un margen de error para dichas estimaciones que iba de entre las 9.700 y las 20.000 (estimación baja y estimación alta, respectivamente) (ONUSIDA, 2000).

Según el boletín epidemiológico semestral VIH/SIDA del año 2000, la incidencia del SIDA había venido subiendo desde el año ‘90, con una tasa de 1,33 por 100.000 habitantes a 3,45 el año 1999. Respecto de la incidencia acumulada, esta era de 27,6 por 100.000 habitantes (a junio del año 2000) (CONASIDA, 2000). Del total de casos notificados y acumulados, el 89,2% correspondían a hombres (con predominio de hombres homo/bisexuales) y 10,8% a mujeres. El desarrollo de la epidemia mostraba un incremento en la cifra de mujeres enfermas; así, la proporción hombre-mujer había pasado de 15 es a 1, en 1991, a 7,2 es a 1, en 1998.

El grupo de edad entre los 20 y 49 años concentraba el mayor porcentaje (85,8%) de afectados, siendo a su vez el periodo de mayor actividad, desarrollo individual y socioeconómico de las personas. La principal vía de transmisión era la sexual, que reunía el 93,5% de los casos, mientras la transmisión sanguínea alcanzaba el 5,0% y la transmisión madre a hijo (vertical) constituía el 1,5 %.

Capítulo III. Marco Normativo

A continuación, se entregan los marcos normativos más importantes referidos a la prevención, el control y el tratamiento del VIH/SIDA, que se aprobaron durante el periodo analizado en este informe.

- **Resolución Exenta N° 328 D.O.F. 1986.**

Esta resolución establece ‘Normas Mínimas de Bioseguridad’ para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de Infección del Virus HTLV III SIDA³ en Laboratorios Clínicos.

³ Human T cell Lymphotropic Virus, es el virus del SIDA.

- **El Decreto 466 de 1987.**

En su artículo 1°, este decreto establece un **Programa de Vigilancia Epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**, que será dirigido por el Ministerio de Salud y en el que participarán los Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile, los establecimientos y entidades de salud adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, y los establecimientos y entidades que están obligados a cumplir las normas y planes que dicte el Ministerio de Salud, en las materias a que se refiere el presente Decreto Supremo.

El objetivo de este programa es la prevención, vigilancia, pesquisa y control de esta enfermedad, mediante normas, procedimientos y actividades tendientes a minimizar sus efectos e impacto epidemiológico (artículo 2°). Respecto de la notificación, el artículo 4° establece la notificación obligatoria de serologías positivas para anticuerpos de virus de SIDA (HIV), siendo el ministerio de salud el responsable de supervigilar dicha notificación.

Finalmente, el artículo 5° señala: “El Ministerio de Salud diseñará y pondrá en ejecución programas de educación para el personal de salud y la comunidad nacional, en relación a la infección por virus de SIDA. Para el cumplimiento de estas actividades, se podrá convocar a la Comisión Nacional Mixta Asesora de Salud y Educación creada por el Decreto Exento N° 20, de Salud, de 24 de agosto de 1984.

Las actividades educativas que realicen otros organismos y entidades deberán ajustarse al contenido de los programas aprobados de conformidad al presente artículo. La supervigilancia del cumplimiento de esta disposición corresponderá a los Ministerios de Salud y Educación, dentro del ámbito de sus respectivas atribuciones.

Capítulo IV. Educación Sexual

Si bien el artículo 5 del decreto 466 de 1987, mandataba al Ministerio de Salud a diseñar programas para la comunidad nacional en relación a la infección por virus de SIDA, mientras que al Ministerio de Educación la supervigilancia del cumplimiento, hubo un vacío institucional relativo a esta materia⁴. Recién en el año 1991, el Ministro de Educación, con su ministro Ricardo Lagos, convoca a un ‘comité consultivo’ con miembros del Ministerio de Salud, del CONASIDA, del SERNAM, del Fondo de Población de las Naciones Unidas, de diversas ONG, expertos y representantes del mundo católico y del mundo masón, para levantar una propuesta de educación sexual (PNUD, 2010).

Si bien hubo acuerdos en ciertos valores comunes, debido a la heterogeneidad del grupo, se plantea la imposibilidad de concordar unánimemente en un programa centralizado de educación sexual, debido a sus discrepancias ideológicas, así se decide que más que abordar el tema desde el currículo, el comité consultivo propuso un mecanismo que permitiese descentralizar las decisiones a las instancias locales y los propios establecimientos. De esta manera, **se estableció la primacía de la libertad de enseñanza por sobre el derecho de los sujetos a obtener información relevante en materias de**

⁴ Educación Sexual en Chile. Programa de educación sexual en Chile. Universidad de Chile-CEMERA Disponible en: <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/la-educacion-sexual/educacion-sexual-con-referencia-a-chile>

sexualidad, una tensión que se observa permanentemente en las políticas educacionales del período 1990-2000 (PNUD, 2010).

En el año 1993, y como fruto del trabajo del comité consultivo⁵, el Ministerio de Educación, con Jorge Arrate como ministro, publicó una **Política de Educación en Sexualidad**, a partir del documento titulado ‘Hacia una Política de Educación Sexual para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación’, preparado por la Comisión Consultiva en Educación Sexual⁶. Con este documento, el Ministerio de Educación pretendía promover y orientar las iniciativas que deberían desarrollar los establecimientos educacionales en el marco de la definición de los Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos por Curso, así como los Objetivos y Contenidos Complementarios establecidos por la **Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (1990)**⁷ en relación a este tema. Asimismo, alumnos, profesores, padres y apoderados, junto con otros actores de la comunidad educativa, dispondrían de criterios generales para participar en este importante proceso de definición de contenidos curriculares en la escuela (Ministerio de Salud, 2001). Sin embargo, desde una mirada más crítica, dicha cartera pretendía evitar la imposición de determinados contenidos educativos y definir criterios y procedimientos, dejando la responsabilidad de la elaboración de programas a los diferentes proyectos educativos⁸.

Al año siguiente, en el marco de la Conferencia del Cairo de 1994, Chile se comprometió, como país firmante, a proteger, garantizar y promover el ejercicio de derechos en materia de salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes⁹. En su momento esta política pública fue ampliamente publicitada y se esperaba que tuviese consecuencias en los comportamientos de las y los alumnos en relación al cuidado de su cuerpo, el de sus pares y parejas, a su vida afectiva, a los comportamientos sexuales y a la salud sexual y reproductiva (Olavarría, 2005).

En 1994, el gobierno entrante de Eduardo Frei Ruiz-Tagle formó un Comité Multisectorial de Educación Sexual y Prevención del Embarazo Adolescente, compuesto por representantes de organismos públicos y la FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Este comité tenía como objetivo principal esbozar las características que debiese considerar una primera estrategia que abordara la educación sexual en los establecimientos educativos. Siguiendo sus lineamientos, en el año 1995, se lleva a cabo el primer piloto de la JOCAS, experiencia iniciada en cinco establecimientos de Enseñanza Media, ubicados en las regiones IV, VII y Metropolitana. De esta manera se empieza a desarrollar el proyecto de las JOCAS (Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad). A partir del año 1996, el Ministerio de Educación comienza a capacitar a equipos de docentes,

⁵ Ibídem

⁶ Ministerio de Educación. (2004). Documento de trabajo de la comisión consultiva para la revisión y actualización de la política de educación en sexualidad del ministerio de educación. Santiago: Mineduc. Disponible en: https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_anexo-4_ansexualidad.pdf

⁷ Vale mencionar que dicha ley establece en sus artículos 2 y 3, que “La educación es un derecho de todas las personas. Corresponde, preferentemente, a los padres de familia el derecho y el deber de educar a sus hijos; al Estado, el deber de otorgar especial protección al ejercicio de este derecho” y “El Estado tiene, asimismo, el deber de resguardar especialmente la libertad de enseñanza”.

⁸ Educación Sexual en Chile. Programa de educación sexual en Chile. Universidad de Chile-CEMERA Disponible en: <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/la-educacion-sexual/educacion-sexual-con-referencia-a-chile>

⁹ Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile. Miles Chile. 2016. Disponible en: <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Informe-DDSSRR-2016-Educaci%C3%B3n-Sexual.pdf>

apoderados y alumnos de liceos, quienes autogestionan en sus planteles estas jornadas, llegando el año 1998 a 1.288 liceos¹⁰.

Por su enfoque en la pedagogía social, el modelo permitía trabajar articuladamente con el Componente Alternativas Curriculares de Libre Elección (ACLE) del Programa MECE Media, así las JOCAS tenían como objetivo estimular la reflexión sobre temas ligados a la afectividad y sexualidad, en una misma comunidad educativa, incluyendo a estudiantes, profesores, padres y apoderados.. Utilizando las conversaciones como fuente de aprendizaje informal, se buscaba fortalecer la 'auto-reflexividad' para que las personas tomaran decisiones libres y responsables sobre su afectividad y sexualidad. Sin embargo, esta instancia tuvo un fuerte rechazo desde los sectores conservadores asociados a la Iglesia y a la derecha política, quienes acusaban al ministro de promover una educación sexual totalitaria, que excluye el papel formador de la familia, lo que llevó a que el año 1996 el Ministro de educación de la época, Sergio Molina anunciara la necesidad de modificar las JOCAS para "evitar falencias en el campo de la formación valórica" e impedir "que predomine la instrucción sobre la formación"¹¹.

El tipo de diseño de las JOCAS permitía su adaptación a distintas realidades, ya que lo que ocurriera en los talleres dependía, en buena medida, de su conducción: tanto los facilitadores de grupo como el personal externo, podían acordar con la dirección del establecimiento que se tocaran ciertos temas y no otros. Debido a esta situación, el programa fue criticado también por quienes sustentan una perspectiva sanitaria, que no lo consideraron un programa de educación sexual, puesto que no se entregaba un conjunto de información mínima relevante a los alumnos, sino la que ellos solicitasen en el primer taller, e incluso esta podía negarse si la dirección de la escuela la estimaba inadecuada. A su vez, la calidad de las respuestas también dependía de los conocimientos y habilidades del personal involucrado, ya que no se contaba con material publicado con la información que debía entregarse y con las indicaciones para formularla (PNUD, 2010).

Las JOCAS siguieron desarrollándose, hasta el año 2000, bajo la nueva 'Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes'¹², la que venía desarrollándose desde el año 1995, pero que el año 1999 cambia su paradigma asistencial hacia un enfoque holístico, integral y 'bio-psicosocial'¹³. Aunque no sin dificultades y resistencias de parte de los sectores más conservadores de la sociedad chilena, así como también desde el sector más sanitario, y por supuesto sin la publicidad y la masividad con

¹⁰ Jocas folleto Informativo. Disponible en: <http://www.jocas.cl/nuevo/jocas.pdf>

¹¹ A partir del plan piloto desarrollado en 1995 el Obispo Medina comenzó a atacar las Jocas como jornadas carentes de dimensiones valóricas, argumentos que fueron repetidos en cadena ampliada por otros obispos conservadores y agrupaciones de laicos influidas por el Opus Dei y el grupo Tradición, Familia y Propiedad. Las directivas de los dos partidos de derecha, Renovación Nacional y Unión Demócrata Independiente, se hicieron eco de los ataques y acusaron al gobierno de promover una educación sexual totalitaria, que excluye el papel formador de la familia. Disponible en: <http://www.ipsnoticias.net/1996/09/chile-gobierno-cede-ante-campana-contra-educacion-sexual/>
Por su parte la Conferencia Episcopal emitió un pronunciamiento en que pidió al Ministerio de Educación el retiro del programa, que se comenzó a aplicar con carácter experimental en una serie de colegios secundarios de todo el país. Disponible en: http://www.iglesia.cl/detalle_documento.php?id=541

¹² Ministerio de Salud (2000). Política Nacional de Salud para adolescentes y jóvenes. Santiago, Chile.

¹³ Ministerio de Salud. (2018). Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13_PROGRAMA-ADOLESCENTES_web.pdf

que se pensaron en un comienzo. A su término, la cobertura de las JOCAS había superado los 600 liceos, es decir, alrededor de la mitad del total del país (PNUD, 2010).

Capítulo V. Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA y ETS

El informe evaluativo de la DIPRES 2000 da cuenta de las características del Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA y ETS, del mismo modo que evalúa su eficiencia y eficacia que tuvo en el periodo 1991-1999. A continuación, se presentan los principales puntos de dicha evaluación.

1. Población objetivo

Según el informe final de evaluación de la DIPRES, del año 2000, el Programa para la prevención y control del VIH/SIDA e ETS, contaba con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población, mientras su propósito estaba en desarrollar procesos que promuevan y faciliten la prevención de la infección por VIH y que las personas viviendo con VIH y ETS accedan a una atención bio-psicosocial.

Para este periodo, el programa definía diversas poblaciones objetivo, con diversos propósitos a trabajar:

- a) **Población chilena.** Principalmente la población adolescente, donde se buscaba promover el autocuidado, previo a la iniciación sexual. Consideraba llegar a personas de ambos sexos, de todos los niveles socioeconómicos y características culturales.
- b) **Poblaciones de riesgo.** Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), trabajadoras/es sexuales, jóvenes entre 13 y 29, y personas privadas de libertad.
- c) **Agentes de salud que trabajan con VIH/SIDA en el sector público** y los medios de comunicación, quienes debieran recibir capacitación continua.
- d) **Personas afectadas por VIH/SIDA** del sector público y todas las embarazadas con VIH+ sector público y privado.
- e) **Instituciones que trabajan con VIH/SIDA**, quienes se benefician con la disponibilidad de información, estudios y datos actualizados de la epidemia del VIH /SIDA.

2. Evaluación del Programa

Tal como detalla el informe de la DIPRES, del año 2000, el diseño y aplicación del Programa para la prevención y control del VIH/SIDA e ETS, contaba con los siguientes componentes:

- a. **Prevención del VIH/SIDA.** Este componente surge el año 1991 y consta de tres niveles de intervención:
 - **Nivel social:** A través de campañas de comunicación social que llegan al conjunto de la población. Desde el inicio del programa, hasta el momento de la evaluación en el año 2000, se habían llevado a cabo 4 campañas de una duración promedio de 6 meses. Las campañas se desarrollaron entre los años 1991 a 1997, siendo suspendidas hasta el año 2001. Las campañas tuvieron diversos objetivos: sensibilizar a la población sobre el tema, profundizar la

información sobre el VIH/SIDA, crear conciencia de riesgo sobre la posibilidad de adquirir el VIH y la promoción de la solidaridad.

Respecto de la evaluación que se tuvo de estas¹⁴, se da cuenta que las personas tienen mayores conocimientos básicos sobre el VIH, mecanismos transmisión y mecanismos de prevención. Desde el año 1991 al año 1997, se pueden observar cambios en la población, tales como: el año 1991 el 74% de la personas sabía que la enfermedad se transmitía por vía sexual, mientras el año 1997 el 94% lo sabía, sin embargo, a pesar de que se manejaba esta información, las formas de prevenirlo no eran tan claras. En efecto, para el año '91, el 41% de la población sabía de la prevención mediante una pareja única, cifra que subió a 77% el año '97. Respecto del uso del preservativo como método de prevención, las cifras son más bajas, para el año '91 solo el 33% de las personas lo asociaba a un método de prevención, cifra que sube a un 60% el año '97. En los hombres, la cifra es más baja, para el año 1998 solo el 47% de los hombres aceptaba el uso del condón como método de prevención, aunque comenzaba un aumento por la demanda de este.

Desde un punto de vista más cualitativo, las personas empiezan a estar de acuerdo con los mensajes propuestos (va en aumento la necesidad de información). Y si bien aumenta la percepción de riesgo, persiste la idea de que el problema del VIH/SIDA se encuentra centrado en algunas poblaciones de riesgo (homosexuales y trabajadoras sexuales), por lo que se observa reticencia a participar en acciones preventivas. Recién para el año 1995, aumenta la percepción de vulnerabilidad por las propias conductas de riesgo. Para los últimos años evaluados, se muestra una baja en la discriminación frente a las personas que viven con VIH SIDA (encuesta muestra que un porcentaje alto de las personas trabajaría o mandaría a sus niños a colegios donde trabajan o asisten personas con VIH+)¹⁵.

Otra forma de prevención, mediante la comunicación masiva, fue a través de la capacitación a los comunicadores (periodistas, relacionadores públicos, educadores en salud que están a cargo de oficinas o departamentos de comunicaciones o relaciones públicas de los servicios de salud, seremis y organismos autónomos). De hecho, en el periodo 1996-1999, se capacitó a 543 comunicadores.

- **Nivel grupal.** Propuestas de educación y capacitación a grupos focalizados. Durante el periodo 1996-1999 se capacitó a 297 grupos. Esta capacitación consideró el criterio de que se encontrara información disponible para grupos vulnerables y organizaciones comunitarias, y capacitación para los equipos de salud¹⁶.

¹⁴ Evaluación llevada a cabo por Guernica consultores. Información sobre campañas de comunicación social para prevención de VIH/SIDA. 1991-1997. CONASIDA

¹⁵ Para mayor información sobre las campañas de publicidad, ver anexo 1

¹⁶ Si bien el decreto 466 en su Artículo 5° Obligaba a que el Ministerio de Salud diseñara y ejecutara programas de educación para el personal de salud y la comunidad nacional, en relación a la infección por virus de SIDA (siendo obligación de Ministerios de Salud y Educación, la supervigilancia del cumplimiento dentro del ámbito de sus respectivas atribuciones). La información entregada en informe de la DIPRES solo habría consignado información relativa la primera parte del mandato, no encontrándose información respecto de los programas de educación sexual dirigidos a la comunidad nacional de responsabilidad del Ministerio de educación. De hecho la política de educación sexual surge desde el año 1993 en Chile, iniciando como piloto las JOCAS recién para el año 1995.

Dentro de las capacitaciones se consideró a los equipos de salud, tanto del sistema público (25 equipos) y los que trabajan con grupos vulnerables (26 equipos), así como también a los consejeros (1.620 personas).

Hasta el año 1997, el trabajo con grupos vulnerables se había hecho difícil, por lo que se planteó mejorar las intervenciones. La propuesta requirió de la implementación de un nuevo modelo de gestión a través de proyectos y la capacitación del personal de salud en metodologías de seguimiento y evaluación de proyectos. Así, a partir del año 1998, aumentan notablemente los proyectos, llegando a un total de 92, entre los años 1996-1999. De entre los grupos que con mayor facilidad se accede es a los jóvenes y trabajadores sexuales con 32 y 31 proyectos cada uno, mientras las mujeres, poblaciones reclusas y los HSH son los más difíciles de alcanzar, con 4, 6 y 18 proyectos, respectivamente.

- **Nivel individual.** Otra línea fue la consejería individual¹⁷ y el FONOSIDA, que recibía 54.000 llamadas al año promedio.

El componente de información y educación para la prevención fue evaluado positivamente. En efecto, según la encuesta de la OMS, Chile se sitúa **dentro de los 5 países de Latinoamérica con mejores conocimientos sobre la enfermedad.**

- Atención integral a personas VIH+.** Este componente permite a los beneficiarios del sistema público acceder (de acuerdo a los protocolos existentes) a control activo y atención integral (chequeos médicos, tratamiento para enfermedades oportunas, atención psicosocial y tratamiento retroviral cuando corresponde según protocolo) a 3.925 personas. De las cuales 2.301 están en control activo¹⁸, 1.501 adultos en tratamiento antirretroviral (49,4% del total de las personas adultas con indicación de tratamiento), 79 NNA con VIH+ (100%) y 44 mujeres embarazadas con TARV (100%). Del mismo modo, se proporcionaba en forma gratuita y con cobertura nacional (sistema público y privado) el protocolo ACTG 076¹⁹ para la prevención de la transmisión vertical del VIH para el 100% de los pacientes (ONUSIDA, 2002). En términos más cualitativos, se evidencia una mejora en la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

Sin embargo, también se evidencia desigualdad de acceso a los fármacos y la asistencia necesaria para el control de la enfermedad, la que se acrecienta en el tiempo entre las personas del sistema público y las del sistema privado, en desmedro de estos últimos. CONASIDA estimaba que en el sector público se encontraba el 80% de quienes se encontraban bajo control médico y el 20% restante en el privado. Estas cifras se dan en un momento en que las TARV ambulatorias no eran cubiertas por las ISAPRES por lo que debían ser cubiertas en su totalidad por el paciente y su familia, lo que determinaba la migración permanente de estos pacientes del sector privado a la seguridad social pública (FONASA), sobre todo considerando que se constató una importante variación de precios de los TARV

¹⁷ Información que no se encuentra pormenorizada

¹⁸ personas que se controlan para saber su estado de salud

¹⁹ Esquema terapéutico que se aplica a todas las mujeres embarazadas seropositivas al VIH y a su hijo. Esta consiste en un tratamiento con AZT oral en la madre a partir de la semana 14 e inyectable en el momento del parto. Con seguimiento de AZT en el bebé en jarabe por 6 semanas.

cuando el comprador era CONASIDA o se trataba de personas naturales. La diferencia de precios para las mismas drogas varía, en algunos casos, entre un 20% y 600% de mayor precio para particulares (ONUSIDA, 2002).

Desde el año 1996 habían venido creciendo los esfuerzos para un mejoramiento de los recursos, alcanzando una cobertura de terapias antirretrovirales (biterapia y terapias triasociadas) para los pacientes que lo requerían²⁰. Establecer la disponibilidad de exámenes — de linfocitos totales, CD4 y determinación de carga viral— que permitían monitorear el impacto de las terapias en el nivel inmunológico y virológico de las PVVIH.

Según evalúa la DIPRES, con este componente **se va logrando la estabilidad en la prevalencia de la enfermedad, en la confirmación de exámenes y en su valor predictivo**. El hecho de tener acceso al tratamiento incentiva a la gente a hacerse el diagnóstico, pero por otra parte, la atención de personas con VIH/SIDA estresa al sistema de salud, debido a los altos presupuestos que implican los TARV (ONUSIDA, 2000).

- c. Componente de estudios.** Respecto de este componente, aparece desagregado por dos tipos de estudios: (i) estudios que aportan información epidemiológica para la toma de decisiones (prevalencia y características de la evolución de la enfermedad). (ii) Estudios denominados 'comportamentales' que aportan información acerca de aspectos cualitativos y cuantitativos de conductas sexuales de riesgo para el mejoramiento y adecuación de las políticas públicas.

De los primeros, la DIPRES informa de boletines epidemiológicos VIH/SIDA, de frecuencia trimestral elaborados por CONASIDA, a los cuales se unieron desde 1999, los boletines epidemiológicos de ETS. Estos boletines tienen a la base un sistema de recolección de datos innovadora. Para el período 1990-1991, se realiza una evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica con epidemiólogos de todo el país, estableciendo un sistema de recolección de datos diferente de las demás enfermedades de notificación obligatoria, considerando que se trataba de una enfermedad emergente sobre la cual se desconocía la mayoría de los aspectos. Esta coordinación de CONASIDA, con programas de vigilancia epidemiológica, ha permitido mantener información relativa a las cargas de la enfermedad sin duplicar esfuerzos, (DIPRES, 2000).

Respecto de los segundos, al 2000 se había llevado a cabo 9 estudios, entre estos, en 1991, se realiza la encuesta poblacional con el propósito de aportar elementos para el diseño de la primera campaña comunicacional, así como también un estudio de casos y controles para aportar información psicosocial sobre las personas con VIH+ (en particular población travesti, trabajadoras sexuales y población homosexual).

- d. Componente de estrategia de enfrentamiento de la ETS.** Se encarga de promover y apoyar la implementación de políticas nacionales para responder a las ETS, mantener un sistema de vigilancia especializada y llevar a cabo un plan nacional para eliminar la sífilis congénita en Chile. A la fecha de la evaluación, los 28 centros de atención (100%) se han beneficiado con la

²⁰ Los pacientes que requieren tratamiento con TARV representan el 73% del total de casos en control, cifra obtenida del comportamiento histórico de esta patología y que constituye el estándar técnico aplicado tanto al sector público como privado (ONUSIDA, 1999).

difusión de las normas técnicas de tratamiento, los nuevos procedimientos y la vigilancia epidemiológica.

- e. **Componente estrategia de cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional.** Este componente ha permitido posicionar la problemática del VIH/SIDA en la sociedad chilena, mediante un conjunto de eventos nacionales e internacionales para el intercambio y la reflexión respecto a las distintas dimensiones del VIH/SIDA y el desarrollo de experiencias conjuntas en América Latina. Al año 2000, 11 personas que trabajan en SIDA se beneficiaron con un intercambio técnico con Francia y se había firmado tres convenios, con Francia, ONUSIDA y GZT Alemania.
- f. **Componente modernización de la gestión.** Este componente se define por el compromiso continuo con una gestión modernizadora y la ejecución de los compromisos con los servicios de salud. La relación con el SNSS se logra teniendo como referente a los equipos de salud dedicados al tratamiento de VIH/SIDA y ETS en los hospitales, manteniendo un permanente contacto para la formulación y ejecución de proyectos de tratamiento médico, prevención y estudios. En particular, se ha desarrollado un proceso de planificación estratégica, que dio origen a la misión trianual del programa y a un plan estratégico anual.

Este componente ha favoreció a: 26 servicios de salud pública; al equipo de CONASIDA; y a 782 organizaciones que se fortalecieron en su gestión, producto del traspaso de metodologías de diseño, formulación y evaluación de proyectos sociales preventivos.

En términos presupuestarios, 94% del presupuesto se gasta en acciones directas a las personas ya sea en prevención o atención, y solo un 6% en gastos administrativos, lo que se considera de gran eficiencia. La desagregación referida a lo que el programa gasta en prevención y atención es la siguiente:

- 66% en atención a personas con VIH SIDA.
- 21% en estrategias de prevención.
- 6% en estudios.
- 3% en modernización de la gestión
- 2% ETS.
- 2% cooperación técnica.

En este marco, la DIPRES recomienda poner más énfasis en profundizar las acciones preventivas. Así como también que CONASIDA tenga mayor autonomía respecto al manejo de los recursos.

ANEXO: TABLA N°1. CAMPAÑAS PUBLICITARIAS: 1990-2000²¹

AÑO	MENSAJE	OBJETIVOS	EVALUACIÓN ²²
Entre Noviembre 1991- diciembre 1992 (I campaña)	Yo estoy afectado(a) por el SIDA"	Tres objetivos en tres etapas respectivamente: 1) Sensibilización: doce spots con líderes de opinión pública; 2) Información y no discriminación: tres spots sobre vías de transmisión, métodos de prevención y convivencia social normal con personas con VIH 3) Compromiso Preventivo: tres spots Hombre joven, Mujer joven y Pareja, comprometiéndose al auto cuidado.	Encuesta nacional verificó alcance del 98%, con 80% de acuerdo, 10% indicó que es un problema de homosexuales y trabajadoras sexuales.
Entre Abril y Septiembre de 1993 (II campaña)	"La Red de la Vida". (30 microprogramas de un minuto en TV)	Profundizar la información sobre el VIH/SIDA, Promoción de la solidaridad y diseñar ayudas específicas para que las personas puedan encarar una conversación privada y familiar en torno al SIDA	Encuesta nacional que informó de un 96% de alcance, 80% de aprobación a los mensajes, incluida la no discriminación. Estudio cualitativo (focus) se observa reticencia a participar muestra incipientes acciones de compromiso social; aún en organizaciones o en actividades sociales preventivas. Aumenta demanda de información derivada de creencias y mitos. Persiste la idea de "grupos de riesgo" más que conductas de riesgo.
Entre Diciembre 1994 y Junio de 1995 (III campaña)	Con 10 mensajes en TV, de ellos 7 testimonios reales de personas afectadas por el SIDA y un video clip donde se apela al "Todos por la Vida".	Crear conciencia de riesgo sobre la posibilidad de adquirir el VIH y difundir las medidas de prevención de la transmisión sexual: Abstinencia sexual, Pareja Única y Uso correcto del Preservativo	Aumenta la percepción de vulnerabilidad por las propias conductas de riesgo. La población comienza a manejar información y lenguaje de las campañas. Primeras percepciones del SIDA y sus repercusiones sociales. Disminución del sensacionalismo en la prensa y aumento de reportajes con contenido ético y educativo.
Entre Diciembre de 1996 y Junio de 1997 (IV campaña)	Tuvo tres módulos: (1) spots testimoniales de dos mujeres que murieron a causa del SIDA; (2) dos piezas audiovisuales denominadas "Hombre" y "Mujer", con situaciones próximas, reales e íntimas, de transmisión por la vía sexual y; (3) dos spots, con varios micro-escenas de situaciones que llevan a las personas a recurrir al FONOSIDA.	Generar solidaridad, no discriminación hacia las personas con VIH; evidenciar situaciones de riesgo sexual, difusión de las medidas de prevención y promoción del FONOSIDA.	Mantiene altos niveles de alcance, mejora efecto cualitativo de solidaridad y no discriminación, especial impacto sobre el FONOSIDA (300% de aumento en llamadas, la mayoría por percepción del propio riesgo).

Fuente: Comisión Nacional de Sida. Resumen de las campañas de prevención del VIH/SIDA (1991-2009).

²¹ Desde Junio de 1997 a Octubre del 2001 no hubo Campaña.

²² Ministerio de Salud. Comisión Nacional de Sida. Resumen de las campañas de prevención del VIH/SIDA (1991-2009). Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/853849dda84deb30e04001011e015919.pdf>

Referencias

Legales

Decreto 466 de 14.11.1987. Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=13614>

Ley 19.779 Establece Normas Relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y Crea Bonificación Fiscal para Enfermedades Catastróficas. 14-DIC-2001 Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=192511>

Decreto N° 228 del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, publicado en el Diario Oficial el 30 de enero de 2006. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-837_recurso_1.pdf

Ley 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud. 03-SEP-2004 Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=229834>

Decreto N° 158. Del Ministerio de Salud Aprueba reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria. Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=237770>

Decreto N° 182, del Ministerio de Salud (secretaria de salud pública) del año 2007 establece el Reglamento del Examen para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=257203&idVersion=2018-11-09&idParte=>

Generales

Declaración Ministerial. Prevenir con educación. 2008. Ciudad de México. Disponible en <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>

DEMYSEX-IPPF (2015) Evaluación de la implementación de la Declaración Ministerial Prevenir con Educación. Su cumplimiento en América Latina 2008-2015. México: IPPF. Disponible en: <https://temas.sld.cu/vihsida/2016/10/17/evaluacion-de-la-implementacion-de-la-declaracion-ministerial-prevenir-con-educacion-su-cumplimiento-en-america-latina-2008-2015/>

CHIPREV. 2010. Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/Prevalencia-VIH-en-HSH-CHIPREV-2010.pdf

CONASIDA. 2000. Boletín Epidemiológico Semestral VIH/SIDA. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/853849dda7e1eb30e04001011e015919.pdf>

CONASIDA. 2002. Estrategia de Atención integral a personas que viven con VIH/SIDA. [http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Estrategia de Atencion Integral a Personas que Viven con VIH SIDA CON.pdf](http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Estrategia_de_Atencion_Integral_a_Personas_que_Viven_con_VIH_SIDA_CON.pdf)

DIPRES. 2000. Informe final de evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS comisión nacional del sida Ministerio de salud. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-140972_informe_final.pdf

DIPRES.2010. Informe final de evaluación. Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de Inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-141173_informe_final.pdf

- Ministerio de Educación. 2005. Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad 2005-2010. Disponible en: https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2005_Plan_de_Educacion_en_Sexualidad_y_Afectividad_2005_2010.pdf
- Ministerio de Educación. 2001. Política de Educación en Sexualidad para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación. Disponible en: http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Politica_de_educacion_en_sexualidad_para_el_mejoramiento_de_la_calidad.pdf
- Ministerio de Salud. Comisión Nacional de Sida. Resumen de las campañas de prevención del VIH/SIDA (1991-2009). Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/853849dda84deb30e04001011e015919.pdf>
- MILES. 2016. Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile. 2016. Disponible en: <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Informe-DDSSRR-2016-Educaci%C3%B3n-Sexual.pdf>
- Olavarría, José. 2005. La Política de la Educación Sexual del Ministerio de Educación de Chile. Consideraciones para una Evaluación. Seminario Internacional de Equidad de Género en las Reformas Educativas de América Latina. 17 y 18 de Mayo 2005. Disponible en: https://www.academia.edu/33206591/LA_POL%C3%8DTICA_DE_EDUCACI%C3%93N_SEXUAL_DEL_MINISTERIO_DE_EDUCACI%C3%93N_DE_CHILE_CONSIDERACIONES_PARA_UNA_EVALUACI%C3%93N
- ONUSIDA. 2000. Informe sobre la epidemia Mundial del VIH/SIDA. Disponible en: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2000/20000602_JC404_2000-global-report_es.pdf
- ONUSIDA. 2002. Gobierno de Chile, Fundación Mexicana para la salud. 1999-2000. Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/01/Flujos-Financiaminto-Sida-Chile-1999-2000.pdf>
- PNUD (2010). Informe de Desarrollo Humano en Chile. Género: Los Desafíos de la Igualdad. PNUD Chile. Capítulo 13: Educación Sexual: el juego de actores con poder. Santiago, Chile. Disponible en: https://www.academia.edu/6444572/Informe_de_Desarrollo_Humano_en_Chile_2010_G%C3%A9nero_Los_Desaf%C3%ADos_de_la_Igualdad
- JOCAS (1999). Texto para la autogestión. Disponible en: <http://www.jocas.cl/nuevo/textoguiajocas.pdf>
- UNFPA- Universidad Central. (2012) Educación Sexual en Chile. Implementación de la Ley 20.418. Disponible en: http://www.ucentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20120711/asocfile/20120711091025/boletin_4.pdf

Disclaimer

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0 (CC BY 3.0 CL)