



Programas de VIH/SIDA: 2000-2010.

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: 120657

Resumen

En el periodo 2000-2010, para el Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la Institución responsable era el Ministerio de Salud. El programa y las áreas que lo componen dependían de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) dependiente, a su vez, de la Subsecretaría de Salud Pública. Participan del Programa un conjunto de organismos dependientes y autónomos. En primer término, las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), el Departamento de Epidemiología y el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). En segundo término, participan también los siguientes organismos autónomos: FONASA, CENABAST, el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Superintendencia de Salud (SIS). Finalmente, participa de la red de salud a través de los establecimientos asistenciales donde se realiza la atención a las personas.

Lo anterior lleva a que la Dirección de Presupuestos (DIPRES), en su informe de evaluación de este programa, efectuada en 2010, afirme que “La estructura organizacional del Programa se caracteriza por ser fragmentada, no vinculada a una única institución y sin mecanismos de coordinación permanentes”.

A continuación, se sintetizan los principales puntos de este documento:

Situación epidemiológica VIH/SIDA Chile. Hasta fines del año 2008, el número acumulado de casos de VIH/SIDA ascendían a 20.099 y Chile estaba considerado entre los países que tenían una epidemia concentrada y que no estaba implantada fuertemente en la población general. Las tasas anuales de notificación de VIH presentan un aumento sostenido hasta el año 2003, luego se observa una tendencia al descenso y la tasa vuelve a llegar a un **5,0 por 100.000 habitantes** en el año 2008. En cuanto al SIDA, las tasas se estabilizaron entre 2,5 y 3,2 por 100.000, comenzando a disminuir a partir de 2004. Sin embargo, en el año 2007 se observó un aumento de la tasa a **3,6 por 100.000**.

La mayoría de los notificados eran hombres en una proporción 3,6:1 (VIH) y 5,2:1 (SIDA) y el grupo de edad más afectado es entre los 20 y los 49 años. La principal vía de transmisión era la sexual (heterosexual en las mujeres y homo/bisexual en los hombres). La tasa de mortalidad experimentó un aumento progresivo hasta 2001; sin embargo, en el último quinquenio analizado (2003 – 2007) la mortalidad mostró un descenso sostenido, llegando el año 2007 a 2,4 muertes por 100.000 habitantes. En el periodo de 1990 a 2007, se produjeron en el país 6.102 defunciones por SIDA, correspondiendo el 87,8% de ellas a hombres.

Marco Legal. La Ley N°19.779, de 2001, atribuye al Estado, a través del Ministerio de Salud, la obligación de generar las políticas que propendan a la prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Para ello deberá trabajar con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional.

Relativo al diagnóstico, el Artículo 5° de esta ley define que el examen para detectar el VIH será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal, en el caso de que el interesado tenga menos de 14 años de edad. La Resolución Exenta 371 establece la consejería previa al examen y posterior a la entrega del resultado. También establece el protocolo para los test que resultan positivo y el rol del Instituto de Salud Pública de Chile en la determinación del resultado de la prueba.

El Decreto N° 182, por su parte, establece que el examen se efectuará siempre en los casos de donación de sangre o de órganos para trasplante y de tejidos para injerto, en la elaboración de plasma, en el control prenatal de mujeres embarazadas y en cualesquiera otras actividades médicas que pudieren ocasionar contagio y sean consideradas de riesgo, de acuerdo a las normativas sanitarias vigentes.

Por otra parte, es necesario tener presente que a partir de la Ley N° 19.966, de 2004, se incorpora el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA al listado de enfermedades pertenecientes al régimen general de garantías en salud (GES), lo que posteriormente se reglamentó en el Decreto N° 228, del Ministerio de Salud, de 2005.

Educación sexual. Para el año 1998, la participación de funcionarios del Ministerio de Salud en el Comité Multisectorial de Educación Sexual y Prevención del Embarazo Adolescente cae de tres a uno, excluyéndose a los encargados del tema del VIH-SIDA y del programa de la mujer, mientras el presupuesto disminuía. Las JOCAS dejan de funcionar hacia el año 2000, conservándose los principios de libertad de enseñanza para la educación sexual. Para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), las autoridades dejaron de priorizar esta materia, porque los costos políticos de la controversia pública resultaron demasiado altos.

Durante el 2004, se formó la Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre Educación Sexual. Al evaluar los resultados, se constata que no se lograron los objetivos ni los impactos esperados, develando que no es suficiente con definir una política, establecer objetivos y contenidos mínimos por parte del MINEDUC.

Para el año 2005, se crea la Secretaría Técnica de Educación Sexual y el Ministro presenta el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad 2005-2010, el que se desarrolló en dos líneas de ejecución: el Postítulo en Sexualidad y Afectividad (PASA) y la oferta de capacitación en sexualidad y afectividad a equipos de gestión por establecimientos (PLANESA). Si bien la evaluación de este último programa muestra que los docentes perciben haber fortalecido, significativamente, sus competencias profesionales; en el sector municipal, los docentes perciben una muy baja seguridad personal y metodológica para abordar la enseñanza de la sexualidad y la afectividad. Mientras que en los colegios particulares, los docentes están satisfechos de la capacitación recibida, pero los establecimientos educacionales impiden desarrollar las actividades.

Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

El programa 2000-2010, deja fuera dos componentes críticos del programa anterior, estrategias de enfrentamiento y modernización de la gestión. Estos dos componentes eran claves para una gestión integrada del programa. Así, los 4 componentes del programa son los siguientes.

Componente 1. “Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva. Incluye 5 subcomponentes: (I) Campañas de comunicación social educativa. En este periodo las campañas tienen una duración de entre 2 a 4 meses, bastante más cortas que en el periodo anterior analizado. (II) Proyectos de prevención del nivel grupal-comunitario en población vulnerable prioritaria y emergente presentan coberturas insatisfactorias. ONUSIDA en su informe 2008, da cuenta de que la movilización comunitaria para la prevención del VIH es un elemento crítico del éxito”. (III) Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA). Las consejerías cara a cara tienen cifras insatisfactorias. La consejería, a través de FONOSIDA, se incrementa en 89% en el período, lo que se considera satisfactorio. (IV) Disponibilidad de condones. El acceso a condones pasa a ser un componente individualizado de la estrategia de prevención. Los grupos en control (personas con VIH/SIDA, trabajadores sexuales, y personas que consultan por ITS) tienen cobertura de un 100%. Sin embargo, para la población vulnerable focalizada y emergente la cobertura es insatisfactoria. (V) Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS, no hay claridad respecto de la cobertura en los centros de salud, ni para la sociedad civil.

Componente 2. “Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS”. Este componente incluye a su vez 4 subcomponentes: (I) Atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS. Respecto del incremento de las incidencias de VIH, y de SIDA, no hay certeza si podrían deberse a un aumento real de la incidencia y/o a un incremento en la detección y/o a un aumento en el registro. La fortaleza del programa está en el control: trabajadores sexuales, embarazadas, donantes de sangre, las que logra cubrir al 100%. **Sin embargo el programa presenta graves falencias en detección y diagnóstico del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones vulnerables emergentes y en la población en general.** (II) Atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH). Destaca la incorporación de las terapias antirretrovirales y la incorporación del VIH/SIDA al grupo de enfermedades con garantías explícitas en salud, GES. La cobertura de población alcanzada en atención integral a PVVIH es de 100% de las detectadas y que asisten a control. (III) Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual, con cobertura de un 100% de las personas en control por ITS. (IV) Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS a equipos de salud encargados de la detección y diagnóstico, y de atención clínica e integral de la cobertura de capacitación fue de un 100%, considerando la capacitación de al menos un profesional de cada servicio de salud.

Componente 3. “Vigilancia Epidemiológica y Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda”. En el periodo 2004-2008 había sido ingresada al sistema de vigilancia epidemiológica solo el 63,5% de las personas informadas en los establecimientos públicos de salud y el 41% de las informadas en establecimientos privados. Ello representa una subnotificación importante. Respecto a los informes epidemiológicos y los estudios en VIH/SIDA no hay información sobre presupuestos asignados, así como tampoco dan cuenta del número de estudios realizados.

Componente 4. “Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida”. Los convenios marco y acuerdos de trabajo establecidos entre el MINSAL, el Ministerio de Justicia, el INJUV, el SERNAM y el MINEDUC, son reducidos y de escaso alcance. El Estado no ha asignado responsabilidades y funciones específicas a otros sectores que tienen una relación directa con poblaciones vulnerables específicas.

Respecto del desarrollo de la cooperación y relaciones internacionales en VIH/SIDA, el Programa ha mantenido una línea de trabajo permanente, con organismos internacionales. Sin embargo, CONASIDA ahora no tiene autoridad frente a situaciones críticas ni para influir en la gestión de las otras instituciones que son parte del Programa. Por otra parte, también se ha debilitado la relación con diversas organizaciones de la sociedad civil. Frente a esta situación, DIPRES, en su evaluación del año 2010, recomendaba “Revisar la estructura organizacional del Programa, estableciendo una instancia de coordinación formal y permanente que incorpore a todas las instituciones sectoriales que participan en el programa”.

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 elabora el presente documento, considerando tanto el marco legal como administrativo que regulan las políticas relativas al VIH/SIDA en Chile. Del mismo modo, este da 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 tenía un enfoque histórico y la gran cantidad de información solicitada, 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. El presente documento corresponde a la segunda etapa, 2000-2010 y considera cinco capítulos: (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 ITS.

Capítulo I. Antecedentes

Hasta el año 2000, el CONASIDA (presidido por el Subsecretario de Salud) se constituía en el organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación del programa. En este sentido, proponía al Ministerio de Salud las medidas técnicas jurídicas y administrativas necesarias para una mejor prevención, vigilancia, pesquisa y control de la enfermedad, así como también ejercía el rol dentro del sistema público, coordinando el programa con otros sectores, instituciones y organizaciones (seremis, servicios de salud, otros ministerios, servicios públicos, ONG y organizaciones sociales, etc.) a través del trabajo en redes.

En el periodo 2000-2010, para **el Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**, la institución responsable es el Ministerio de Salud. El programa y las áreas que lo componen dependían de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) dependiente, a su vez, de la Subsecretaría de Salud Pública. Según el informe de la DIPRES (2010), este es coordinado por el CONASIDA, la que, a su vez, es dirigida por un coordinador ejecutivo.

Participan de este el Programa las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, y el Departamento Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), el Departamento de Epidemiología y el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), los tres dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública. Participan también los Organismos Autónomos: Fondo Nacional de Salud (FONASA), Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST), Instituto de Salud Pública (ISP) y Superintendencia de Salud (SIS). Asimismo, participa la red de salud a través de los establecimientos asistenciales donde se realiza la atención a las personas (DIPRES, 2010).

Por otra parte, a partir de la ley N° 19.966, de 2004, que Establece un régimen de Garantías en Salud y el Decreto N° 228 de 2005 del Ministerio¹ de Salud, queda establecido el VIH/SIDA como enfermedad incluida en GES. El establecimiento de la garantía GES vino a ampliar la cobertura de FONASA para la enfermedad, así como también dar respuesta a un problema que se había pesquisado en la década anterior por el CONASIDA; el hecho de que la terapia antiretroviral (TARV) ambulatoria no era cubierta por el sistema privado de salud, por lo que debían ser cubiertas en su totalidad por el paciente y su familia, con un muy alto costo de los fármacos². Así, la garantía para el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA queda establecida de la siguiente manera³:

Acceso:

- Beneficiario con **diagnóstico confirmado**, tendrá acceso a exámenes de CD4 y Carga Viral.
- Beneficiario con **diagnóstico confirmado** comenzará terapia antiretroviral con Esquema de Primera Línea, previa aprobación por Subsecretaría de Salud Pública⁴.

Oportunidad:

- Para inicio precoz con Esquema Primera Línea y Cambio precoz con Esquema de Segunda Línea, tratamiento dentro de los 7 días desde indicación médica.
- Inicio No precoz con Esquema de Primera Línea y Cambio No precoz con Esquema de Segunda o Tercera Línea, dentro de 7 días desde aprobación por Subsecretaría de Salud Pública.
- Prevención transmisión vertical en Embarazada: Inicio a contar de semana 24 de gestación o al momento del diagnóstico de VIH, si este ocurriera después.
- Prevención de transmisión vertical durante el parto: inicio de TAR 4 horas antes de cesárea programada o desde el inicio del trabajo de parto, si este es vaginal.
- Recién nacido: Inicio a partir de las 8-12 horas desde el nacimiento.

¹ Decreto N° 44/07 de 2005, modificado por Dto. 69/07, Normas del Ministerio de Salud que aprueban las Garantías Explicitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud

² Para el año 2007, el Ministerio de Salud dicta la Resolución exenta N° 60 de 2007-donde se establecen las Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley 19.966, modificada por resolución exenta N° 296 de 2007, Ministerio de Salud. En el punto 3.13 de dicha resolución, se establecen las definiciones técnico-médicas y administrativas para el VIH SIDA.

³ Sin embargo, como muchas de las garantías GES en ese momento, para acceder a la garantía, el paciente debía estar diagnosticado, por lo que el acceso a la garantía de atención, dependía de si la persona lograba hacerse la prueba. En este marco, y de la forma en que fue establecida la garantía, no es factible acceder a información respecto de brecha atención entre las personas que necesitaron diagnóstico y las que lo obtuvieron, ni cuanto era el tiempo promedio entre que se pesquisaban algunos signos de la enfermedad, se diagnosticaba el paciente y este accedía al tratamiento

⁴ Para recibir la terapia antiretroviral se establecían dos grupos etarios:

En personas de 18 años o más:

- VIH/SIDA con o sin manifestaciones de infecciones oportunistas, y que tengan CD4 < 200 cél/mm
- VIH/SIDA con diagnóstico de: candidiasis orofaríngea, diarrea crónica, fiebre prolongada o baja de peso significativa (mayor de 10 kilos), con CD4 < 250 cél/mm y que esté descartada primoinfección.
- VIH/SIDA que presente cualquiera de las manifestaciones descritas en etapa C, independiente de CD4, con excepción de la Tuberculosis pulmonar frente a la cual predomina el criterio de CD4.

En personas menores de 18 años:

- TAR en todos los niños menores de 3 meses, excepto categorías N o A con CD4 altos y CV bajas.
- TAR en niños de 3 meses y más, que presenten alguna de las siguientes condiciones: i) Categoría clínica C; ii) Etapa B2 con CV alta y CD4 bajo.

Protección Financiera:

- Copago del 20%

En este marco, las funciones de prevención, control y tratamiento para VIH/SIDA del programa quedan situadas en diversos departamentos del Ministerio de Salud y organismos autónomos. Cada Institución responde por productos estratégicos (DIPRES, 2010):

De la Subsecretaría de Salud Pública

- Plan Nacional de Salud Pública.
- Acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria.
- Auge (GES) en Salud Pública.

De la Subsecretaría de Redes Asistenciales

- Monitoreo y Evaluación del sistema de Atención de Salud.
- Planificación, desarrollo y gestión de personas que laboran en el sector salud.
- GES en red de salud.

De los Servicios de Salud

- Acciones de salud en establecimientos de atención primaria -Municipalidad o de los Servicios.
- Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS.
- Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.

Del Fondo Nacional de Salud (FONASA)

- Régimen General de Garantías en Salud.
- Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud.
- Servicios de atención al Beneficiario/a.
- Gestión Financiera.
- Plan Nacional de Afiliación y Acreditación.

De la Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST).

- Servicios de Intermediación para la compra de fármacos, dispositivos y equipos médicos, alimentos y servicios.
- Servicios de Apoyo Logístico.

Del Instituto de Salud Pública (ISP)

- Programa de Calidad Institucional/Nacional.
- Programa de Control y Fiscalización.
- Programa de Referencia.
- Programa de Vigilancia.

De la **Superintendencia de Salud (SIS)**:

- Fiscalización y regulación.
- Atención al beneficiario/a.
- Resolución escrita de reclamos.
- Estudios acerca del Sistema de Salud.
- Registro de Prestadores.
- Difusión y Educación.

La reestructuración llevada a cabo del programa, no es inocua, en la medida que modifica las fortalezas que el programa tendría según la DIPRES en la evaluación de este el año 2000:

- La estructura de gestión del programa, que este definido desde una sola organización, le ha permitido la conformación de un referente con identidad clara para representar al Estado en materia de VIH/SIDA.
- La perspectiva multidisciplinaria les permite actuar con fluidez en escenarios tan diversos como: cárceles, escuelas, ONG de personas viviendo con VIH/SIDA. **Lo que habría sido muy difícil de lograr si el programa se hubiera desarrollado como uno más de los que el MINSAL es responsable.**
- 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 y de coordinación de las acciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Esto lleva a que la DIPRES, en su informe de evaluación del año 2010, dé cuenta de que **“La estructura organizacional del Programa se caracteriza por ser fragmentada, no vinculada a una única institución y sin mecanismos de coordinación permanentes”**. Participan directamente en el programa las dos Subsecretarías, cada una a través de instituciones de su dependencia, y los organismos autónomos. **La Subsecretaría de Salud Pública trabaja con una lógica de “programas”** que se definen por grupos específicos de población objetivo (niño, adolescente, mujer, adulto mayor) o por daños/condiciones que se busca controlar (infecciones respiratorias infantiles, infecciones respiratorias del adulto, salud bucal, tuberculosis). **La Subsecretaría de Redes Asistenciales, en cambio, funciona bajo la lógica de servicios.** Cada institución responde a las acciones y tareas subyacentes en sus áreas y tiene una asignación de responsabilidades y funciones especificadas en cada uno de sus componentes y subcomponentes, así como dentro de las áreas funcionales.

Lo anterior representa dificultades por cuanto no existe una sola unidad ejecutora. **El Programa no cuenta con un Jefe de Programa.** Es coordinado desde la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) por el “Coordinador Ejecutivo” de la misma que tiene escasas atribuciones para convocar a todos los organismos del Ministerio de Salud que son parte del programa para planificar en conjunto y priorizar las acciones año a año. **No tiene autoridad frente a situaciones críticas ni para influir la gestión de las otras instituciones que son parte del Programa.**

Por otra parte, otra de las recomendaciones de la DIPRES en su informe 2000 era entregarle mayor autonomía respecto al manejo de los recursos, lo que difícilmente se puede llevar a cabo en este modelo de gestión fragmentada.

Capítulo II. Situación del VIH/SIDA en Chile

Según el Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con hombres en Chile, hasta fines del año 2008, el número acumulado de casos de VIH/SIDA **ascendían a 20.099**. Considerando el período 1984 – 2008, puede señalarse que las tasas anuales de notificación de VIH presentan un aumento sostenido hasta el año 2003, donde llegan a **5,9 por 100.000** habitantes. Aunque durante los años siguientes, se observa una tendencia al descenso, no obstante, la tasa vuelve a llegar a **un 5,0 por 100.000 habitantes en el año 2008**, por lo que se recomienda monitorear la tendencia de este indicador.

En cuanto al SIDA, se registró un aumento sostenido hasta 1991, año desde del cual las tasas se estabilizaron entre **2,5 y 3,2 por 100.000**, comenzando a disminuir a partir de 2004. Sin embargo, en el año 2007, se observó un aumento (tasa de 3.6) atribuible al cambio introducido desde ese año en la definición de caso (según CDC y la Comunidad Europea, 1993). Ello, porque las mejoras en los métodos de diagnóstico y de etapificación posibilitan una mejor clasificación (CHIPREV. 2010).

Respecto al sexo, el análisis de las notificaciones acumuladas en el período muestra que, en SIDA y en VIH, en todos los quinquenios, el número de hombres supera al de mujeres, observándose una tendencia irregular en cuanto a la razón hombre/mujer, que llega en el último quinquenio a 3,6:1 (VIH) y 5,2:1 (SIDA) (CHIPREV. 2010).

En relación al tipo de exposición al virus, los datos acumulados en el país indican que la principal vía es la sexual; 95.3% de los casos de SIDA y 96.6% de los casos de VIH. En todos los quinquenios, en las mujeres el principal mecanismo de transmisión es el heterosexual (sobre el 90%), mientras que en los hombres la exposición homo/bisexual es la más declarada, tanto en SIDA (70.7%) como en VIH (76.4%) (CHIPREV, 2010).

Al analizar las notificaciones de VIH y SIDA por grupos de edad, se constata que las tasas más altas se dan entre los 20 y los 49 años. En VIH, tanto en hombres como mujeres, la mayor concentración de casos está entre los 20 y los 29 años de edad, un decenio antes que en SIDA. Todos los grupos de edad aumentaron sus tasas de notificación de VIH hasta el quinquenio 1999 – 2003, sin embargo, en el último quinquenio analizado (2004 – 2008) comienza una disminución paulatina del número de casos notificados, excepto en el grupo de 20 a 29 años que muestra un permanente aumento. En cuanto al SIDA, se registra un aumento sostenido en las tasas de notificación de personas mayores de 40 años (CHIPREV, 2010).

Finalmente, respecto a la tasa de mortalidad, en el período de 1990 a 2007 se produjeron en el país 6.102 defunciones por SIDA, correspondiendo el 87.8% de ellas a hombres. De acuerdo a los grupos de edad, la mortalidad más alta se encuentra entre los 40 y los 49 años, seguida por la tasa registrada en las personas de 30 a 39 años (CHIPREV. 2010).

En cuanto a su evolución temporal, la tasa de mortalidad experimentó un aumento progresivo hasta 2001, cuando se observó la tasa más alta del período (3.6 por 100.000 habitantes); sin embargo, en el último quinquenio analizado (2003 – 2007) la mortalidad ha mostrado un descenso sostenido, llegando el año 2007 a 2.4 muertes por 100.000 habitantes. Entre los años 2001 y 2007 los hombres disminuyeron la mortalidad de 6.2 a 4.2 por 100.000, en tanto, entre las mujeres, la mortalidad se ha mantenido relativamente estable (0.8 por 100.000) (CHIPREV. 2010).

Según el documento, el descenso sostenido en la mortalidad se podría vincular al logro en el país de una cobertura de terapia de antirretrovirales del orden del 100% en quienes lo requieren, con la incorporación de la patología al GES, lo que ha generado una disminución de las enfermedades oportunistas y un alto porcentaje de sobrevivencia de las personas viviendo con VIH en TARV.

Según el Informe mundial sobre la situación del VIH/SIDA, Chile está entre los países que tienen una **epidemia concentrada y que no está implantada fuertemente en la población general** (ONUSIDA-2008). Este nivel de epidemia presenta prevalencias sobre 5% en poblaciones de mayor riesgo (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), consumidores de drogas intravenosas, personas que ejercen el comercio sexual) y bajo 1% en mujeres embarazadas, en zonas urbanas.

En este marco, según el informe de la DIPRES (2010), las principales características de la epidemia en Chile son:

- Concentrada: principalmente en hombres homobisexuales: 52%.
- Baja prevalencia en embarazadas: 0,05%.
- De transmisión sexual: 95% de los casos notificados.
- Predominantemente en hombres adultos jóvenes entre 20 y 39 años: 75 a 80% de los casos acumulados de VIH y SIDA.
- Afecta principalmente a personas con menores niveles de escolaridad: 68% de los casos VIH/SIDA tienen educación básica y media.
- Mortalidad con tendencia a la disminución: descenso desde 3,6 a 2,4 muertes por 100.000 habitantes comparando 2003 con 2007.
- Tendencia al aumento de la sobrevivencia atribuible a la disponibilidad de terapia antirretroviral: Aumento de la sobrevivencia a 3 años de 85% en 2005 a 91% en 2008.

Capítulo III. Marco Normativo

Este periodo está marcado por una alta regulación legal del VIH/SIDA, por lo que a continuación se detallan las principales leyes, decretos y resoluciones promulgadas en el periodo 2000-2010 para regular las temáticas relativas a la prevención, manejo, atención y tratamiento del VIH/SIDA.

Ley N°19.779 del año 2001 establece Normas Relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y Crea Bonificación Fiscal para Enfermedades Catastróficas⁵. Conforme al Artículo 1° de la ley, la prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia Humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional, atribuyéndose al Estado, a través del Ministerio de Salud (Artículo 2° de la ley), la obligación de generar las políticas que propendan al logros de los objetivos señalados. Para ello, deberá trabajar con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional (Inciso II, Artículo 2°).

Respecto de la prevención, el Artículo 3 de la Ley N° 19.779 establece que el Estado debe tomar las acciones que sean necesarias para informar a la población acerca del virus de inmunodeficiencia humana, sus vías de transmisión, sus consecuencias, las medidas más eficaces para su prevención y tratamiento y los programas públicos existentes para dichos fines, poniendo especial énfasis en las campañas de prevención.

En materia de investigación, se debe promover la investigación científica en relación al SIDA, la que servirá de base para la ejecución de acciones públicas y privadas en la materia, y sobre las vías de transmisión de la infección, características, evolución y efectos en el país (Artículo 4° de la Ley N° 19.779).

Relativo al diagnóstico, el Artículo 5° define que el examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre **confidencial y voluntario**, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal, en el caso de que el interesado tenga menos de 14 años de edad. El examen de detección se realizará previa información a estos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces.

En normas de atención en salud, el Estado deberá velar por la atención de las personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana, en el marco de las políticas públicas que desarrolle el Ministerio de Salud (Artículo 6°).

La **Resolución Exenta 371** del Ministerio de Salud del año 2001, que Regula Procedimiento de Examen para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) determina que, a las personas que se les realice un examen, deberán ser informadas del hecho⁶, dejándose constancia por escrito de su consentimiento a ello. Además, recibirán consejería previa al examen y posterior a la entrega del resultado (el que debe ser por escrito), tanto si su resultado es positivo como negativo. Toda muestra que en el tamizaje-screening tenga un resultado positivo, deberá ser sometida a un nuevo examen en el mismo laboratorio, en duplicado, utilizando el mismo test de tamizaje. En el caso de obtenerse resultados positivos en al menos 2 de los 3 exámenes, deberá requerirse al Instituto de

⁵ Extracto del documento Marco Jurídico del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Chile, de Karem Orrego y Rodrigo Bermúdez. Biblioteca del Congreso Nacional. 2011

⁶ Personalmente o a su representante legal en su caso

Salud Pública de Chile un examen suplementario para confirmación de especificidad de los anticuerpos detectados, enviando la misma muestra.

Si el Instituto de Salud Pública de Chile confirma el resultado positivo de la muestra enviada, el establecimiento que solicitó el examen procederá a tomar una segunda muestra de sangre al paciente para la certificación de identidad. En esta nueva muestra, se realizará un solo examen con el mismo test de tamizaje originalmente usado por el laboratorio. En caso de resultar positivo, este nuevo examen, no se envía a ese Instituto para confirmación.

A continuación, deberá efectuarse la notificación obligatoria prevista en el Artículo 4° del Decreto N° 466 de 1987, del Ministerio de Salud, salvo en la situación señalada en el punto siguiente.

En el **Decreto N° 228** del Ministerio de Salud del año 2005, queda establecido el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA como enfermedad incluida en GES.

En la **Resolución Exenta N° 622 del 17 de octubre de 2005**, se aprueba Norma de prevención de la transmisión Vertical del VIH.

En el **Decreto N° 158** del Ministerio de Salud del año 2005, se Aprueba Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria contempla normas en materia de notificación de enfermedades transmisibles que es aplicable al VIH. Esta norma en su articulado establece al VIH/SIDA como enfermedad de notificación diaria y exclusiva a través de centros centinelas. Las que deberán ser notificadas al Ministerio de Salud en cuanto al número de casos semanales, según sexo y grupos de edad, una vez confirmado el diagnóstico en el respectivo establecimiento centinela, enviándose, a la autoridad sanitaria competente, el o (los) formulario(s) correspondiente(s) semanalmente, incluyendo los datos de laboratorio, desde donde se remitirán al Ministerio de Salud con igual periodicidad.

Vale mencionar que en el Artículo 4°, a diferencia de otras enfermedades de notificación diaria, se establece que, tratándose de enfermedades de transmisión sexual, se podrá omitir el nombre y apellidos del paciente, indicándose, en su reemplazo, el RUT, así como su domicilio, consignándose, en este caso, solo la comuna que corresponda en dicha notificación.

En el **Decreto Supremo N° 44, de 2007**, del Ministerio de Salud, se aprueban garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud.

En el **Decreto N° 182**, del Ministerio de Salud (Secretaría de Salud Pública) del año 2007, se establece el Reglamento del Examen para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Indicando que el examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre voluntario y confidencial, el consentimiento se debe dejar por escrito y los resultados entregados en forma reservada (artículos 2, 3, 5 y 6). Sin embargo, el examen se **efectuará siempre** en los casos de donación de sangre o de órganos para trasplante y de tejidos para injerto, en la elaboración de plasma, en el control prenatal de mujeres embarazadas y en cualesquiera otras actividades médicas

que pudieren ocasionar contagio y sean consideradas de riesgo, de acuerdo a las normativas sanitarias vigentes.

En los casos en que un paciente al que se ha diagnosticado VIH no haga concurrir a atención de salud a las parejas sexuales que voluntariamente haya indicado poseer, **el médico podrá contactar, en forma reservada, a estas personas, para ofrecerles el examen de detección y las medidas de prevención y los tratamientos que sean procedentes, sin perjuicio de mantener la información de los interesados en su carácter de confidencial**⁷ (Artículo 4°). El proceso para el diagnóstico es el mismo explicado en la Resolución Exenta 371.

En los casos de violaciones y abusos sexuales, el profesional de la salud que atienda a la víctima le hará consejería sobre la posibilidad de haber adquirido la infección de VIH, la implicancia de ser portador de este virus, sus formas de transmisión y medios de prevención y **se ofrecerá tratamiento post exposición** (Artículo N° 10).

Respecto al testeo expreso llevado a cabo fuera del ámbito de laboratorios clínicos, deberán aplicarse en sitios que cumplan adecuadamente con condiciones sanitarias y de privacidad, y bastará el requerimiento del interesado, sin necesidad de orden médica. En los casos en que en el análisis de muestra con estos métodos se obtenga un resultado reactivo, **se deberá informar a la persona examinada este resultado como preliminar, indicándole la necesidad de ser confirmado**. Para la confirmación, se procederá a tomar la muestra sanguínea respectiva, la que será enviada al Instituto de Salud Pública de Chile y comenzara el proceso diagnóstico y de notificación (Artículo N° 13).

La **Circular N° B51/18 de 2007** establece normas para la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. En el cual se indica que forman parte de este Sistema los establecimientos de salud públicos y privados, (ambulatorios u hospitalarios), laboratorios de la red e Instituto de Salud Pública (ISP), Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI) y Ministerio de Salud (deptos. de Epidemiología, Departamento de Estadísticas e Información en Salud-DEIS), estableciendo funciones para cada uno de ellos.

En dicha circular, se establece que, a nivel central, la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es responsabilidad del Departamento de Epidemiología, dependiente de la División de Planificación Sanitaria, cuyas funciones son:

- Desarrollar e implementar el sistema de vigilancia en el país.
- Analizar, publicar y difundir los resultados de la vigilancia.
- Informar a las Autoridades correspondientes.
- Evaluar el sistema de vigilancia.
- Elaborar y actualizar las normas relativas a la vigilancia.

El Departamento de Estadísticas e información de Salud (DEIS) será el encargado de administrar las bases de datos y poner la información a disposición de los usuarios (Dpto. de epidemiología, CONASIDA, entre otros). Mientras la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI), es la

⁷ Los siguientes artículos dan cuenta del mismo procedimiento para el diagnóstico que la Resolución Exenta 371, descrita anteriormente.

responsable de esta vigilancia a nivel regional, por medio de su Unidad de Epidemiología, cuyas funciones son:

- Notificar al DEIS, velando por la coherencia e integridad de los datos registrados, mediante formulario electrónico en línea.
- Analizar la información, elaborar informes y difundirlos.
- Retroalimentar a los niveles locales que notifican, especialmente a los equipos de salud y laboratorios Informar a las Autoridades correspondientes y al nivel central del Ministerio.
- Capacitar a los equipos de salud.
- Supervisar a los establecimientos de salud.

Ordinario 22B/ N° 4220 del 28 de Octubre de 2009, “Codificación examen de VIH”.

El **Decreto exento N° 835** del 10 de marzo de 2010 aprueba Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH.

La **Resolución Exenta N° 424 de 2008**, del Ministerio de Salud, aprueba Norma General Técnica N° 103, Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual.

La Resolución **Exenta N° 527/04**, del Ministerio de Salud, aprueba “Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual”. En la cual respecto del VIH/SIDA, se establece que se debe ofrecer el examen VIH basal y derivar a consejería en un plazo no más allá de una semana. Este examen de VIH tiene por objeto descartar (o confirmar) la infección VIH preexistente. También es necesario informar, a la persona, la necesidad de realizar el examen VIH una vez que haya transcurrido el período de ventana (3 meses), para lo cual debe acudir nuevamente a consejería pre test. Del mismo modo, la responsabilidad de la indicación **de profilaxis post exposición** por violencia sexual está radicada en los **Servicios de Urgencia de la Red Asistencial**, quienes también **registrarán la información sobre el número y caracterización de casos presentados**, resguardando la privacidad de la persona. Inicialmente, se deben evaluar las características de la agresión y factores involucrados en el riesgo de transmisión descritos más arriba y decidir o no la indicación de tratamiento. La decisión de indicar el tratamiento antiretroviral como profilaxis debe ser tomada entre el profesional y el consultante y/o su representante legal en el caso de menores y personas minusválidas mentalmente, de forma individualizada y conjunta. **El inicio debe ser lo antes posible y en todo caso antes de transcurridas 72 horas post relación.** Es aconsejable solicitar el apoyo del médico infectólogo o tratante de personas con VIH/SIDA, si se estima, tanto para analizar la pertinencia del tratamiento como para evaluar la indicación de triterapia.

Capítulo IV. Educación Sexual

Para el año 1998, la participación de funcionarios del Ministerio de Salud en el Comité Multisectorial de Educación Sexual y Prevención del Embarazo Adolescente, creado por el Presidente Frei, cae de tres a uno, excluyéndose a los encargados del tema del VIH-SIDA y del programa de la mujer, mientras el presupuesto disminuía. Las JOCAS dejan de funcionar para el año 2000 y se mantienen los principios de libertad de enseñanza para la educación sexual planteados en la Política de Educación en

Sexualidad de 1993, que dejaba plena libertad a los establecimientos educacionales desarrollar sus propios planes. Para el PNUD, las autoridades dejaron de priorizar esta materia, porque los costos políticos de la controversia pública resultaron demasiado altos (PNUD, 2010).

Durante el 2004, fruto de insistentes demandas por parte de instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil, agrupaciones de padres y apoderados, centros de alumnos, etc., para evaluar los avances de la política de educación sexual implementada hasta entonces, el Ministro de Educación Sergio Bitar, forma la **Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre Educación Sexual** (Miles, 2016) que estuvo compuesta por una amplia representación social (incluyendo dirigentes estudiantiles, un representante de la Iglesia Católica, el Colegio de Profesores y expertos en salud reproductiva), mostrando la perseverancia del Ministerio de Educación en la búsqueda de consensos para acercarse al tema (PNUD, 2010). Al evaluar los resultados, se constata que no se lograron los objetivos ni los impactos esperados, **develando que no es suficiente con definir una política, establecer objetivos y contenidos mínimos por parte del MINEDUC**, dado que este organismo no contó con la capacidad de incidir en la incorporación de educación sexual en las escuelas y liceos ni en los contenidos entregados. Si bien se consiguió que un gran número de establecimientos educacionales incorporase la educación sexual en su proyecto educativo, esta quedó relegada a una declaración de principios, sin concretizarse en un plan de intervención con objetivos y evaluación de resultados (Miles, 2016).

Para el año 2005, se crea la **Secretaría Técnica de Educación Sexual** y el Ministro presenta el **Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad 2005-2010**, documento que recoge las propuestas y recomendaciones de la comisión formada el 2004, y los lineamientos y orientaciones de la Educación en Sexualidad para los establecimientos educativos de la **Política de Educación en Sexualidad de 1993** (MINEDUC, 2005).

Este nuevo plan, tiene entre sus principios orientadores que todos los jóvenes, al concluir la enseñanza media: (i) Reconozcan el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas y entablen relaciones interpersonales equitativas y respetuosas con los demás, donde el ejercicio de la sexualidad debe ser libre, sin violencia ni coerción. Tengan un comportamiento responsable y compartido (desde el auto y mutuo cuidado) entre hombres y mujeres, en relación a la planificación de los embarazos, la paternidad y maternidad. (ii) Desarrollen un progresivo y adecuado conocimiento en relación con su cuerpo, como un factor promotor de una adecuada autoestima y el autocuidado, así como también tomen decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH-SIDA, conozcan los mecanismos de transmisión y las situaciones de riesgo a las que se pueden exponer a sí mismos y a otros (MINEDUC, 2005).

A partir de estos principios orientadores, se espera que cada comunidad educativa, y en especial la familia y los docentes, sean actores preferentes y relevantes en el desarrollo del **Plan Estratégico de la Política de Educación en Sexualidad y Afectividad**. Mientras se establece como objetivos estratégicos del plan (MINEDUC, 2005):

- Asegurar que el Ministerio de Educación cuente con capacidades para implementar el plan en todos los niveles del sistema educacional.

- Apoyar y promover la labor educativa de las familias para que realicen un adecuado acompañamiento y formación afectiva y sexual de sus hijos e hijas.
- Apoyar y asegurar, en las comunidades educativas, la implementación de una educación sexual oportuna, de calidad y con equidad de género, que responda a las necesidades de los niños, niñas y jóvenes del país.
- Concordar una agenda de trabajo con los medios de comunicación y otros actores relevantes que son fuente de información y orientaciones para los niños, niñas y jóvenes en materia de afectividad y sexualidad (TV, medios virtuales, radio, prensa escrita, etc.).

Para cumplir sus objetivos, el **Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad** profundizó su desarrollo, principalmente, en dos líneas de ejecución: el Postítulo en Sexualidad y Afectividad (PASA) y la oferta de capacitación en sexualidad y afectividad a equipos de gestión por establecimientos (PLANESA). La formación **PASA**, que se inicia el año 2006, consiste en un curso de extensión para padres, apoderados y asistentes de la educación, y un curso de post-título de actualización en sexualidad dirigido a profesores de aula y directivos de colegios. Contempla diversas áreas temáticas, como ética, pareja, discriminación, familia y VIH. Al año 2010, PASA había capacitado a más de 7 mil docentes. Por su parte **PLANESA** tenía un objetivo más institucional, ya que buscaba facilitar que la comunidad educativa asumiera responsable y participativamente estas temáticas, a través de acciones y programaciones institucionales sustentables y eficaces en dar respuesta a las necesidades educativas de los estudiantes. En el año 2008, PLANESA llegaba a 520 establecimientos de 121 comunas en las quince regiones del país (PNUD, 2010).

Si bien la evaluación de este último programa muestra que los docentes perciben haber fortalecido significativamente sus competencias profesionales, así como también aspectos de su vida personal y familiar; en el sector municipal, que es el mayoritario, los docentes perciben la necesidad de tratar temas de sexualidad, pero no sienten tener la seguridad para tratar el tema, ni a nivel personal, ni en el manejo de metodologías. En el otro extremo, los colegios particulares presentan docentes satisfechos de la capacitación recibida, con niveles de seguridad para tratar el tema, pero que no conversan regularmente, no realizan actividades y donde los establecimientos educacionales no muestran interés, sino más bien impiden desarrollar actividades de educación sexual. Además, la mayoría de las actividades se realizan en el segundo ciclo básico y la enseñanza media, lo que demuestra que la educación sexual aún es vista como un elemento ajeno a la formación inicial de niñas y niños (Miles, 2016).

Aunque, ya desde 1998, el Ministerio de Salud se encontraba restringido de llegar a los establecimientos educacionales, no abandona sus objetivos de salud pública (reducción del embarazo adolescente y aumento del uso de profilácticos y métodos anticonceptivos), por lo que impulsó fuertemente, en el periodo 2005-2010, la extensión horaria de consultorios en 54 comunas que atienden a jóvenes y adolescentes, cuidando que existiese en ellos personal de salud especializado en temas de sexualidad y reproducción (matronas principalmente) y psicólogos (PNUD, 2001).

Los avances vistos se dan en el marco de que Chile había firmado, el 2008, la Declaración Ministerial “**Prevenir con Educación**”, la que se aprobó en el marco de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe, realizada en la Ciudad de México

en 2008, en la que 30 Ministerios de Salud y 26 Ministerios de Educación se comprometieron a posicionar la prevención como eje fundamental para responder de manera efectiva al VIH y al SIDA. Sin embargo, y como se verá en el periodo 2010-2018, este compromiso no fue recogido por el Ministerio de Educación en Chile.

Capítulo V. Programa de Prevención del SIDA

El informe evaluativo de la DIPRES 2010 da cuenta de las características del 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), del mismo modo que evalúa su eficiencia y eficacia que tuvo en el periodo 2001-2009. A continuación, se presentan los principales puntos de dicha evaluación.

1. Población objetivo

Según el informe final de evaluación de la DIPRES, el programa tenía como objetivo general el contribuir a mantener y mejorar la salud de la población, mientras su propósito más directo era disminuir la transmisión y la morbimortalidad asociadas al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y a otros agentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Para este periodo, el programa definía diversas poblaciones objetivo, las que estarían en directa relación con los programas desarrollados en dos de los componentes del programa: la prevención y la atención.

- a) **Población Vulnerable Prioritaria (PVP).** Hombres que tienen sexo con hombres (HSH); población homo y bisexual; trabajadores(as) en comercio sexual; población transgénero; población privada de libertad. Se consideran dentro de las poblaciones objetivo dentro de este grupo: hombres entre 15 y 29 años beneficiaria del FONASA de cada año, personas registradas por Gendarmería y los trabajadores sexuales beneficiarios de FONASA y en control en un establecimiento público de salud.
- b) **Población Vulnerable Emergente (PVE).** Mujeres, población rural, migrantes, pueblos originarios y trabajadores. Considerando como población objetivo los Beneficiarios de FONASA de ambos sexos, de entre 15 y 49 años.
- c) **Población para Consejerías entre 15 y 49 años.** Beneficiarios de FONASA de ambos sexos, del mismo grupo étnico, para iguales años. Se ha puesto como población alcanzada el número de consejerías realizadas por año a la población beneficiaria en los establecimientos de los Servicios de Salud del país.
- d) **Población que hace llamadas (anuales) atendidas por FONOSIDA.** Se ha colocado en la población potencial y en la población objetivo el número de llamadas estimadas de acuerdo a la disponibilidad del servicio, calculado como: 12 horas operador diarias, por 5 llamadas, por hora, por 5 días semanales y por 50 semanas anuales. Si bien las llamadas no corresponden al total de la población, ellas representan el mejor estimador factible de aplicar.
- e) **Personas que viven con VIH en control activo en establecimientos de la red de salud pública.** La población potencial se calcula en base a la estimación de la prevalencia del VIH en

la población de 15 y más años, la que alcanza a 0,3%. La población objetivo y alcanzada son las mismas y corresponden a todas las personas en control en establecimientos de la red pública de salud.

- f) **Consultantes de ITS:** Población potencial se refiere a la población de hombres y mujeres de 15 a 49 años proyectada por el INE para cada uno de los años, dado que este es el grupo de edad más afectado por las ITS y el VIH. Población objetivo y población alcanzada es la misma y se estima, a partir del número de consultas de especialidad (nivel secundario) por ITS dividido por 3, que es el número promedio de consultas por usuario.
- g) **Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA.** La población potencial y objetivo es la misma y corresponde al número mínimo necesario de capacitar para desarrollar la estrategia de prevención en cada Región, estableciendo coordinación entre SEREMI y Servicio de Salud: 2 profesionales de la SEREMI y un profesional del Servicio de Salud.
- h) **Profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno regional/provincial/municipal:** La población potencial y objetivo es la misma y corresponde al número mínimo necesario de capacitar para desarrollar la estrategia de prevención en su dimensión intersectorial en los niveles central y regional de cada institución: Nivel Central: 3 personas de cada institución; Nivel regional: 2 personas de cada institución.
- i) **Embarazadas ingresadas a control en año (detección sífilis y VIH):** La población potencial corresponde a las embarazadas estimadas por año a partir del número de nacidos vivos INE. La población objetivo y alcanzada es la misma y corresponde a la totalidad de las embarazadas ingresadas a control prenatal durante el año, las cuales son beneficiarias del Examen de Medicina Preventiva, que garantiza el 100 % de acceso a los exámenes de detección de sífilis y VIH para esta población.
- j) **Donantes de sangre.** Los exámenes de detección de VIH y sífilis se realizan a todas las donaciones, ya que se aplica el procedimiento de la Ley 19.779 y el Decreto N°182/05 del MINSAL, para obtener seguridad transfusional.
- k) **Personas que viven con VIH, están en control activo, con tratamiento ARV:** Población potencial se calcula en base a la estimación de la prevalencia del VIH en la población de 15 y más años, la que alcanza a 0,3%, proporción que se aplica a la población INE de ambos sexos de 15 y más años de edad. La población objetivo corresponde a todas las personas en control activo en establecimientos de la red pública de salud.
- l) **Servicios de Salud:** La población potencial y objetivo es la misma y corresponde al número mínimo de profesionales necesario de capacitar para desarrollar el proceso de atención en los establecimientos de la red de cada Servicio de Salud y se refiere a una persona.
- m) **Profesionales de equipos de VIH e ITS:** Equipo profesional en Servicios de Salud considerando a lo menos dos profesionales de atención directa a personas viviendo con VIH/SIDA, en el caso de VIH; y dos profesionales de atención directa a personas que ejercen el comercio sexual y/o consultantes por ITS, ambos de establecimientos de la red asistencial pública.
- n) **Población objetivo de las campañas:** Para la medición del público objetivo se definió la TV como el medio, dada la posibilidad de utilizar un sistema similar en la medición del alcance de audiencia año a año.

2. Evaluación del programa

A diferencia del programa desarrollado hasta el 2000, que tenía seis componentes, este tiene solo 4 componentes, dejando fuera dos componentes críticos, **el componente de estrategias de enfrentamiento**, encargado de promover y apoyar la implementación de políticas públicas nacionales en enfermedades de transmisión sexual y el **componente modernización de la gestión**, que se define por el compromiso continuo con una gestión modernizadora y la ejecución de los compromisos con los servicios de salud. Estos dos componentes eran claves para una gestión integrada del programa.

Así los 4 componentes son los siguientes.

Componente 1. **“Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.** Promueve la adopción de prácticas preventivas, fundamentalmente de las prácticas sexuales seguras, porque constituyen la principal vía de transmisión, de acuerdo a las políticas de salud vigentes y a los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales. Incluye 5 subcomponentes⁸:

- **Campañas de comunicación social educativa.** Tienen el objetivo de mantener la alerta social y la percepción de riesgo. Sin embargo, las campañas del periodo 1990-2000 (analizado anteriormente) habían cesado el año 1997 y solo hubo campañas para finales del año 2001 y está vino solo a reforzar la campaña anterior. En este periodo, las campañas tienen una duración de entre 2 a 4 meses, bastante más cortas que en el periodo anterior analizado. Respecto de las evaluaciones, no todas tuvieron y de las que tuvieron, el enfoque cuantitativo es más bien el de una campaña de marketing que de educación social, donde el parámetro utilizado fue cuanto se recordaba la campaña y que tanto se aprobaba el mensaje. En el método cualitativo, aún se percibía poco compromiso con la prevención, situación que comienza a cambiar con la campaña del año 2006, y para el año 2007 se confirma que el autocuidado se ha instalado en la cultura conductual de la población objetivo de los mensajes (adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años, con vida sexual activa, de nivel socioeconómico C2, C3 y D), mismo año que la evaluación cuantitativa distingue demanda de información insatisfecha de esa misma población. Finalmente, vale mencionar que gracias al Proyecto Fondo Global⁹ entre los años 2004 y 2007 se profundizó la participación de la sociedad civil (ASOSIDA, VIVO POSITIVO y organizaciones territoriales) y del intersector (INJUV, SERNAM, MINEDUC, entre otros) en el diseño de las actividades de prevención, en particular en de las campañas¹⁰.

⁸ Si bien artículo 3 de la Ley N° 19.779 disponía que se pusiera especial énfasis en las campañas de prevención, a la luz de los antecedentes expuestos, esto no necesariamente se cumplía

⁹ Proyecto “Aceleración y profundización de la respuesta nacional intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile” desarrollado con financiamiento del Fondo Global de Lucha contra la el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

¹⁰ Sin embargo el año 2007 un correo electrónico anónimo enviado al Fondo Global contra el sida -organismo internacional que otorgó a Chile US\$ 39 millones para combatir el VIH- denunciaba que en el país “había irregularidades en el manejo” de esos recursos.

- **Proyectos de prevención del nivel grupal–comunitario** en población vulnerable prioritaria. Según el informe de la DIPRES estos **presentan coberturas insatisfactorias que varían entre 23,1% en 2006 y 2% en 2009, con un descenso de 91,3% en el periodo**. Los mismos, dirigidos a población vulnerable emergente (jóvenes, población rural, pueblos originarios etnias, mujeres y trabajadores, cuya población potencial llega a nueve millones aproximadamente), varían entre **0,8% en 2006-2007 y 0,2% en 2008-2009** de cobertura, **cifra muy insatisfactoria** si se desea mantener controlada la epidemia. Para el organismo evaluador, llegar a las poblaciones emergentes es complicado, debido a su magnitudes y que son muy variadas entre sí, por lo que para alcanzar una más amplia cobertura en las últimas, se requiere ir mas allá de la capacidad de acción de CONASIDA y del MINSAL, por lo que se requiere de la acción de otros programas y organismos del Estado que se encuentren, por su naturaleza, próximos a estas poblaciones.

Este punto era crucial, si se considera que para aquellos países que estaban logrando altas coberturas TARV y que la epidemia no se había implantado fuertemente en la población general, como era el caso de Chile, **ONUSIDA, en su informe 2008** recomienda que:

“Sostener los logros alcanzados representa uno de los mayores retos en el contexto de la prevención del VIH. A fin de mantener una respuesta sólida de prevención, los países deben fomentar un «movimiento pro prevención»; acrecentar la capacidad humana y técnica que se necesitará para sostener los esfuerzos preventivos, y trabajar para estimular una mayor demanda de servicios de prevención. **En todos los países donde las tasas de infección por el VIH han disminuido sustancialmente, la movilización comunitaria para la prevención del VIH ha sido un elemento crítico del éxito**”.

- **Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA)**. La DIPRES da cuenta en su informe que las consejerías cara a cara tienen **baja cobertura (entre 2,1% en 2006 y 3,4% 2009)**, cifras insatisfactorias dada la importancia de este subcomponente para el apoyo de las personas a quienes se confirma su condición de VIH positivo en la etapa inicial —para aceptar el diagnóstico— y luego para mantener la adherencia a las terapias. Importante en este punto es la consejería entre pares, la que era una de las actividades financiada por el Fondo Global, sin embargo, en el Informe de evaluación de la DIPRES, no cuantifica el aporte comunitario a este tipo de consejería. La consejería a través de FONOSIDA se incrementa en 89% en el período, lo que se considera satisfactorio.

La misiva desencadenó una serie de hechos que terminaron en la realización de una auditoría, cuyo informe preliminar arrojó irregularidades que configuran varios presuntos delitos: estafa, apropiación indebida, evasión tributaria, sabotaje informático, entre otros, que involucran la pérdida de más de \$ 100 millones. Los antecedentes se entregaron al Ministerio Público, a través de la Fiscalía de Ñuñoa y del 21 Juzgado Civil de Santiago. Mayor información: <https://www.latercera.com/noticia/fiscalia-investiga-desfalco-por-mas-de-100-millones-en-dineros-para-combatir-el-sida/>. Según el Director de Acción Gay, Marco Becerra, quien expusiera en 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, el día 10 de junio del 2019, el fraude que hubo hizo que el aporte que Chile recibía desde el Fondo Global para combatir el VIH en el país cesara y con él, la participación de la sociedad civil.

- **Disponibilidad de condones.** En este periodo, el acceso a condones pasa a ser un componente individualizado de la estrategia de prevención. En este marco, el programa da cuenta de que para las personas que tienen VIH/SIDA y están en tratamiento en sistema de salud público, para la población que ejerce el comercio sexual y se encuentra controlada en el sistema de salud público y para las personas que consultan por ITS en sistema de salud público, la cobertura de condones es de un 100%. No sucede lo mismo en la disponibilidad de condones para la población vulnerable focalizada y emergente, donde la cobertura va de un **3,9% el año 2006 y 5,4% el año 2009**. No hay datos respecto del acceso en particular a condones de cada grupo que conforma estas poblaciones vulnerables (HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, Jóvenes etc.). Estos datos contravienen claramente lo declarado por el Ministerio de la Salud, sobre que la estrategia de prevención considera como elementos básicos la abstinencia, la pareja sexual única y exclusiva, **y el uso del preservativo**.
- **Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS.** Respecto a la capacitación y asesoría técnica al personal de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, personal FONOSIDA, profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/ y municipal, la información entregada en la evaluación de la DIPRES no está completa o es contradictoria por lo cual no hay claridad respecto de la cobertura obtenida en el programa.

Finalmente, respecto de personas organizadas en la sociedad civil (HSH, trabajadores sexuales y personas privadas de libertad) no se cuenta con información que permita calcular personas alcanzadas con esta actividad.

Vale mencionar que, según el artículo 10 del decreto 182 del año 2007, en los casos de violaciones y abusos sexuales, el profesional de la salud que atiende a la víctima le hará consejería sobre la posibilidad de haber adquirido la infección de VIH, la implicancia de ser portador de este virus, sus formas de transmisión y medios de prevención y **se ofrecerá tratamiento post exposición**. Sin embargo, este tratamiento no se encuentra asociado a ninguno de los subcomponentes de la prevención¹¹ y, por tanto, no se encuentra como parámetro evaluado en el informe de la DIPRES.

Componente 2. “Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS”. Brinda atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS; atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH) y Atención a personas con infecciones de transmisión sexual. La atención se realiza en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente. En la atención integral del VIH/SIDA, el tratamiento está garantizado desde 2005, a través de su incorporación a las Garantías Explícitas en Salud (GES). Este componente incluye, a su vez, 4 subcomponentes:

¹¹ Ni a ningún otro componente del programa

- **Atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS.** En el periodo, se observa un incremento de 32% en las incidencias de VIH, y de 48% en SIDA. Según la DIPRES estos incrementos podrían deberse a un aumento real de la incidencia y/o a un incremento en la detección y/o a un aumento en el registro.

Respecto del VIH, el análisis del período permite atribuir el aumento observado durante los años 2008 y 2009 a un aumento de las notificaciones epidemiológicas producto de la “crisis de información serológica”, debido a que los servicios de salud hicieron un esfuerzo adicional para ubicar a las personas, comunicarles su resultado e incorporarlos a control, así como notificar aquellos pacientes que, estando en control, no habían sido notificados al sistema de vigilancia epidemiológica. Como consecuencia, se corrigió en parte la sub-notificación.

Todo esto en el marco de la llamada “crisis de notificaciones” en el Servicio de Salud Iquique, de alta connotación mediática, que golpeó fuertemente a la Ministra de Salud de la época, María Soledad Barría¹², donde se determinó la realización de una evaluación que mostró que personas que se habían realizado los exámenes de VIH no habían sido informadas de su situación serológica. Al respecto, el análisis permitió distinguir dos situaciones: la primera asociada a la información a las personas de su situación serológica (relacionada con el proceso de atención clínica) y la segunda asociada a la notificación de casos al sistema de vigilancia epidemiológica (relacionada con el proceso de vigilancia epidemiológica).

A partir de los resultados de la evaluación se tomaron medidas para mejorar la oportunidad del proceso de información de su situación serológica a las personas y también para mejorar la notificación. Las medidas implementadas consistieron en la revisión de los puntos críticos de los procesos de atención clínica y vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles de acción del programa y en acciones de refuerzo para el cumplimiento de dichos procesos, todos los cuales se consolidaron y estandarizaron en el “**Manual de Procedimientos para la Detección y el Diagnóstico de la Infección por VIH**”. Luego de las medidas implementadas, se llegó a determinar que el **97%** de las personas con test VIH positivo confirmadas por el ISP estaba informada de su situación serológica.

Respecto del SIDA, a partir del año 2007, se introdujo un cambio en la definición de caso, de modo que personas que con la definición usada hasta el año 2006 eran clasificadas como VIH, desde el 2007 se incluyen en la tipificación de SIDA (basado en la cuantificación de CD4). Este cambio se expresa a partir de ese mismo año (2007) y explica —por el cambio en el criterio de definición— el ascenso existente entre 2006 y 2007.

Sin dudas, la fortaleza del componente de atención integral, subcomponente de detección y diagnóstico, está en poblaciones que se han definido como objetivo: personas que ejercen el comercio sexual y están en control, embarazadas ingresadas a control en año (detección

¹² Ministra Barría renuncia en medio de presiones por escándalo en casos de sida. 28 de octubre del 2008. Rescatado el 3 de Mayo del 2019. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/nacional/2008/10/28/328231/ministra-barría-renuncia-en-medio-de-presiones-por-escandalo-en-casos-de-sida.html>

sífilis), embarazadas ingresadas a control en año (detección VIH), donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH), las que logra cubrir al 100% de la población objetivo. Sin embargo, el programa presenta graves falencias en detección y diagnóstico del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones vulnerables emergentes y en la población en general.

Respecto de las falencias en la detección y diagnóstico del VIH /SIDA, la DIPRES hace el siguiente análisis:

“A la luz del análisis realizado, la responsabilidad es compartida entre el sistema de salud y las personas. Las personas que acuden a tomarse el examen y lo consienten informadamente deberían asumir la responsabilidad de obtener y conocer oportunamente sus resultados, a objeto de acceder a los servicios disponibles para su atención y tratamiento, hoy garantizados (la legislación vigente se basa en la libertad y voluntad de las personas para conocer el resultado y para acudir a tratamiento)”.

Si bien la **Resolución Exenta 371 del 2001** obliga a la consejería pre y post test, independientemente del resultado del test. Sin embargo, según la evaluación hecha por la DIPRES, esta se estaba dando solo entre un 2,1% y 3,4% de los casos en el periodo 2006-2009. Por lo que, la gente que se hacía el test, no estaba recibiendo ni la información ni el apoyo necesario para entender la situación en la cual se encontraban. Lo cual es evaluado como insatisfactorio en la evaluación.

Por otra parte, el Artículo N° 6 de la **Ley N°19.779 del año 2001**, define que es el Estado quien debe velar por la atención de las personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana. Siendo el Ministerio de Salud quien debe desarrollar políticas públicas acordes tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento, sin embargo, se estaban presentando falencias en la detección y diagnóstico.

Finalmente, vale mencionar el **Decreto N° 182** del año 2007, que establece que en los casos en que un paciente al que se ha diagnosticado VIH no haga concurrir a atención de salud a las parejas sexuales que voluntariamente haya indicado poseer, **el médico podrá contactar en forma reservada a estas personas para ofrecerles el examen de detección y las medidas de prevención y los tratamientos que sean procedentes, sin perjuicio de mantener la información de los interesados en su carácter de confidencial**. Sin embargo, no se presenta información referida a este tema.

- **Atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH).** El programa ha tenido hitos importantes en las acciones que han contribuido de manera significativa a la evolución favorable de sus indicadores. Destaca entre ellos la incorporación de las terapias antirretrovirales y la incorporación del VIH/SIDA al grupo de enfermedades con garantías explícitas en salud, GES, con garantía de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera (2005). Asimismo, la DIPRES destaca la pesquisa de VIH y sífilis en la embarazada que se acompaña de una tendencia a la estabilización de la transmisión vertical y no al incremento de ésta.

Por otra parte, de las personas que ingresan a control de PVVIH —de acuerdo a su situación clínica evaluada según protocolo— una proporción recibe tratamiento antirretroviral y otra no. “Reciben TARV el 100% de quienes lo requieren y no reciben TARV el 100% de quienes no lo necesitan en ese momento”. En este marco, la DIPRES destaca que la mortalidad por SIDA presenta un descenso en los 2 años del período evaluado con información disponible, confirmando una tendencia iniciada el año 2001 y atribuible al uso de TARV. **Destaca, asimismo, el incremento de la sobrevida a 36 meses de los pacientes en TARV, desde 85% en el año 2006 a 91% en el 2009, también atribuible al uso de TARV.**

Si bien la cobertura de población alcanzada en atención integral a PVVIH es de 100% de población objetivo, es necesario considerar que la cifra de población alcanzada está influida por factores como: acceso al diagnóstico, acceso a control, acceso a tratamiento, solo éste último garantizado por GES. Por ello, **si las personas no se han realizado el test de detección o habiéndose realizado el test no asisten a control, no son personas alcanzadas por cada uno de los servicios disponibles. Esta situación genera una brecha en la atención que no es posible medir en su amplitud.**

En el marco de la atención a personas viviendo con VIH/SIDA, la DIPRES destaca **la falta de información que tenía FONASA para llevar un adecuado seguimiento y control del flujo de recursos por concepto de atenciones y tratamientos:**

“El Programa realiza un esfuerzo permanente por la generación, procesamiento y utilización de la información para la toma de decisiones, lo cual se valora positivamente ya que constituye un elemento importante para la gestión. Sin embargo, un área factible de mejorar en este sentido se refiere a la toma de decisiones del seguro público (FONASA), donde la información actual no es suficiente para llevar un adecuado seguimiento y control del flujo de recursos por concepto de atenciones y tratamiento por beneficiario por parte FONASA. Ya que el actual sistema de información, Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) está básicamente orientado al monitoreo del cumplimiento de las garantías explícitas. Y a pesar de que el tratamiento y monitoreo de exámenes está garantizado, no se registran en este sistema las atenciones otorgadas y por tanto no se lleva un registro centralizado nominado de las atenciones y, del mismo modo, los consumos o recetas despachadas no son registradas por parte de las unidades de farmacias, básicamente porque el SIGGES no fue concebido para estos efectos. A nivel local las atenciones otorgadas se registran en fichas clínicas, unidades de farmacias y otros registros del establecimiento, de uso restringido al nivel local.

Lo anterior, evidencia una limitación del sistema. La única información disponible y nominada es la relacionada con los exámenes de carga viral (compra directa FONASA), genotipos y linfocitos (CD4) cuyo financiamiento es contra reportes de exámenes nominados, pagándose solo los exámenes realizados a beneficiarios de FONASA, debidamente registrados y validados. Para las atenciones que no son garantizadas, no se cuenta con un registro nominado de las atenciones otorgadas por concepto de tratamiento de enfermedades oportunistas, aunque a nivel local (establecimiento) las atenciones otorgadas se registran en documentos ad hoc”.

- **Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual, constituyendo cada uno de estos servicios los subcomponentes.** Para el caso de la cobertura de las ITS, también alcanza un 100% de las personas en control, pero nuevamente nos encontramos con el problema de no saber cuál es la brecha entre los contagiados y los que reciben el tratamiento.
- **Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS a equipos de salud encargados de la detección y diagnóstico, y de atención clínica e integral.** La capacitación y asesoría técnica en prevención a personal de salud tiene coberturas variables, para los años 2006-2009. Respecto de los servicios de salud que tienen equipos especializados de atención VIH/SIDA e ITS, **se consideró el criterio de población objetivo la capacitación de al menos un profesional de cada servicio de salud.** Los servicios de salud eran 28 para los años 2006-2007 y 29 los años 2008-2009, de estos, la cobertura de capacitación fue de un 100%.

Componente 3. **“Vigilancia Epidemiológica y Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda”.** Provee información epidemiológica y desarrolla estudios para apoyar decisiones con base en evidencias socioculturales, epidemiológicas, económicas y clínicas del VIH/SIDA y las ITS. Se organiza en dos subcomponentes: Seguimiento epidemiológico del VIH/SIDA; y Estudios en VIH/SIDA e ITS.

Respecto de la vigilancia epidemiológica, bajo el amparo del Decreto Supremo N°158 del 22/10/2004 (Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria) que se encontraba vigente, se establecía al VIH/SIDA como enfermedad de notificación obligatoria universal diaria. De acuerdo al artículo 6ª del mencionado Decreto “Será obligación de todos los médicos cirujanos, que atienden enfermos en establecimientos asistenciales, sean públicos o privados en que se proporcione atención ambulatoria, notificar las enfermedades de declaración obligatoria en la forma que se establece en el presente reglamento”. Además, el VIH se considera como agente sujeto a vigilancia de laboratorio (Artículos 9º y 10º, D.S. N° 58), debiendo los laboratorios clínicos y los bancos de sangre públicos y privados en que se identifique VIH, enviar al Instituto de Salud Pública la muestra reactiva con el formulario correspondiente (Ministerio de salud , 2010).

A pesar de la regulación establecida los Informes Nacionales del Estado de Situación de casos confirmados VIH/SIDA, originados en establecimientos privados y públicos 2004-2008, solo **el 63,5%** de las personas informadas en los establecimientos públicos de salud y el **41%** de las informadas en establecimientos privados, habían sido ingresadas al sistema de vigilancia epidemiológica. Ello representa una subnotificación importante, más acentuada en el sector privado de salud, constituyendo un desafío necesario de abordar en ambos sectores¹³.

Respecto del tema, la DIPRES manifiesta en el informe de evaluación que:

¹³ Es necesario aclarar que la notificación de casos para efectos de la vigilancia epidemiológica, no constituye requisito para acceder a los beneficios y servicios disponibles en ambos sectores de salud, las personas pueden acceder a los programas de atención y tratamiento aunque no estén registradas en el sistema de vigilancia epidemiológica

“Desde la perspectiva del sistema de salud, el profesional que atiende a las personas debe responsabilizarse conjuntamente de la atención clínica y de la notificación en formulario ad hoc. Los **porcentajes de notificación al sistema de vigilancia epidemiológica no son satisfactorios**, aunque son semejantes a los porcentajes de notificación de las otras condiciones sujetas a notificación obligatoria, tanto en Chile como en otros países de América”

Esto lleva a que, el 2009, el **Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH**, establezca un protocolo detallado del proceso de vigilancia epidemiológica, en el cual se detalla quienes conforman la red de vigilancia, sus responsabilidades, los hitos del proceso, (que incluyen el registro mediante formularios establecidos, control de calidad de los datos, procesamiento de estos, elaboración de informes epidemiológicos y monitoreo de acciones de vigilancia), los tipos de formulario a llenar y el responsable (Boletín Enfermedades de Notificación Obligatoria ENO, Formulario de notificación de caso VIH/SIDA, Formulario de notificación de cambio de etapa VIH/SIDA, Formulario de envío de muestra al ISP).

Respecto a los informes epidemiológicos¹⁴ y los estudios en VIH/SIDA los que debieran examinar en qué medida cambian las epidemias nacionales y subnacionales a lo largo del tiempo y sus características psicosociales, entregando información para reorientar los programas terapéuticos o de prevención del VIH, si bien son nombrados en el programa, la DIPRES informa en su evaluación que no hay información sobre presupuestos asignados, así como tampoco dan cuenta del número de estudios que fue realizado¹⁵. Esta situación lleva a la DIPRES a recomendar el asegurar la continuidad de estudios especiales que constituyen insumos para la evaluación y el rediseño de las estrategias. En particular, resalta el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual Chile, llevado a cabo por el MINSAL el año 2000.

Componente 4. **“Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida”**. La estrategia de intersectorialidad se organiza como una relación de colaboración bilateral, entre el Ministerio de Salud, a través de CONASIDA, y otros sectores y organismos del Estado, estableciendo áreas de colaboración transversal y coordinación, utilizando los mecanismos de convenios marco y acuerdos de trabajo. Sin embargo, según el informe de evaluación de la DIPRES, los convenios marco y acuerdos de trabajo con el Ministerio de Justicia, a través de Gendarmería¹⁶; con el Instituto Nacional de la Juventud¹⁷; con el Servicio Nacional de la Mujer¹⁸ y con

¹⁴ A cargo de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud – SEREMIs (epidemiólogo) -Departamento de Epidemiología MINSAL

¹⁵ Estudio nacional de comportamiento sexual. Chile 2000, del Ministerio de Salud. Disponible en: https://www.criaps.cl/download/doc_elect_comport_sexual%202000.pdf

¹⁶ Convenio de colaboración nacional para promover la prevención en poblaciones privadas de libertad, universalmente consideradas de alto riesgo de infección por VIH e ITS, que incluye la provisión sistemática de condones (iniciado en 2001 y renovado en 2007).

¹⁷ Plan de trabajo colaborativo para el diseño de políticas de prevención destinada a jóvenes, (contempla entrega de información y distribución de condones en Infocentros con el propósito de educar sobre su uso correcto, iniciado en 2007).

¹⁸ Convenio marco para desarrollar líneas de intervención dirigidas a mujeres y acuerdos de trabajo en prevención del VIH en las regiones.

el Ministerio de Educación¹⁹, son de diversa naturaleza, nivel y extensión, **teniendo todos en común que son reducidos y de escaso alcance**. Continuando un desarrollo limitado desde el periodo anterior, **lo que se debe a que el Estado no ha asignado responsabilidades y funciones específicas a otros sectores que tienen una relación directa con poblaciones vulnerables específicas**. Tal es el caso del MINEDUC, respecto de jóvenes; y del Ministerio del Trabajo, respecto de los trabajadores, ya que llegar a sus poblaciones está fuera del alcance del MINSAL.

En síntesis, la DIPRES da cuenta que “Alcanzar educativamente a las poblaciones vulnerables emergentes es fundamental, pues la adopción de prácticas preventivas por su parte situaría la detención de la expansión de la epidemia del VIH/SIDA en una capacidad preventiva del conjunto de la sociedad, más ampliamente que las poblaciones vulnerables prioritarias”.

Respecto del desarrollo de la cooperación y relaciones internacionales en VIH/SIDA, el Programa ha mantenido una línea de trabajo permanente, con organismos internacionales, como la Organización Mundial y Panamericana de la Salud (OMS/OPS), la Organización de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otros. Sin embargo, CONASIDA, que había tenido reconocimiento internacional en el periodo anterior 1990-2000, por su funcionamiento intersectorial, su correspondencia con estructuras similares en otros países, así como la coherencia de su estructura con las decisiones tomadas en materia de VIH/SIDA por las Naciones Unidas (DIPRES, 2000), ahora tiene escasas atribuciones para convocar a todos los organismos del Ministerio de Salud que son parte del programa para planificar en conjunto y priorizar las acciones año a año. No tiene autoridad frente a situaciones críticas ni para influir la gestión de las otras instituciones que son parte del Programa. Por otra parte, también se ha debilitado relación con diversas organizaciones de la sociedad civil en 2008 y 2009, reflejado, entre otros, en la disminución de proyectos de prevención con poblaciones vulnerables y disminución de la presencia de las asociaciones de PPVIH en las actividades de cooperación (DIPRES, 2010).

Esto lleva a la DIPRES a recomendar el:

“Revisar la estructura organizacional del Programa, estableciendo una instancia de coordinación formal y permanente que incorpore a todas las instituciones sectoriales que participan en el programa a través de un Coordinador General ubicado en una instancia de mayor jerarquía, por ejemplo, en la Subsecretaría de Salud Pública, con mayores atribuciones que las que en la actualidad tiene el Coordinador Ejecutivo de CONASIDA, manteniendo la razonable autonomía de cada una de las instituciones participantes”.

Lo que básicamente es, volver a la estructura y facultades originales que tenía CONASIDA.

¹⁹ Mesa Intraministerial MINEDUC, JUNAEB y MINSAL a través de un plan orientado a mejorar el nivel de aprendizaje, promover estilos de vida saludables, y prevenir enfermedades de niños/as y adolescentes escolares con perspectiva de equidad. Asimismo, en el periodo se desarrolló un proyecto financiado por la agencia GTZ, entre CONASIDA y la Secretaría Técnica de Sexualidad, Afectividad y Género del MINEDUC, cuyo propósito fue incorporar la Prevención del VIH/SIDA y las ITS en el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad, 2005-2010.

ANEXO. Tabla N°1 Campañas Publicitarias periodo 2000-2009

AÑO	MENSAJE	OBJETIVOS	EVALUACIÓN ²⁰
Entre Octubre y Diciembre de 2001 (V campaña)	Se ajusta y reposiciona los spots de TV de la Campaña anterior ²¹ . Incluye mensajes actualizados en vía pública.	Reforzamiento de la cuarta campaña, actualización de mensajes en vía pública	Apoyo de canales de televisión para emisión gratuita de piezas publicitarias. Aumento de llamadas al FONOSIDA. Se asegura los recursos financieros para la Campaña 2003-2004 (VI).
Entre Diciembre de 2003 y Abril de 2004 (VI: campaña) ²²	<p>“¿ya sé prevenir el SIDA, como no me cuido?; ¿si no me cuido del SIDA yo, quién?; ¿si no me cuido del SIDA ahora, cuándo?”</p> <p>La campaña nacional emitió cuatro spots de TV, con equivalentes en frases radiales, y soportes de vía pública, para los mismos grupos de audiencia, tanto a nivel nacional como regional</p>	Enfrentar a la población con la incongruencia comportamental de tener los conocimientos preventivos necesarios y no utilizarlos de manera efectiva frente al riesgo de contraer el VIH por la vía sexual	Cuantitativa, con encuesta nacional y metodologías cualitativas de complemento, ambas por cada grupo de audiencia. Logró un porcentaje de recordación de 78% y un alcance y aprobación del 85% en los grupos de audiencia intervenidos, consiguiendo la más alta recordación comparada con otras campañas de bien público emitidas. Se observa todavía poco compromiso de líderes de opinión favorables a la prevención.
Entre Octubre y Noviembre de 2005 (VII campaña)	<p>1)“frente al sexo yo elijo mi postura”,</p> <p>2) “frente al SIDA, yo tengo una postura”.</p> <p>La estrategia de medios incluyó vía pública, frases radiales y “flash” en TV, Población objetivo: mayores de 15 años, sexualmente activos.</p>	<p>1) Inducir en la población sexualmente activa, mayor de 15 años, la conversación personal y social sobre la propia experiencia sexual y las dificultades existentes en la incorporación del condón en las prácticas sexuales cotidianas.</p> <p>2) Contribuir a poner en marcha el proceso de cambio de las prácticas sexuales, hacia una cultura del auto y mutuo cuidado frente al riesgo de contraer el VIH por la vía sexual.</p>	Consideró una encuesta telefónica nacional a personas mayores de 15 años, sexualmente activas, estudios cualitativos con grupos de jóvenes y de trabajadores y un estudio del clima creado por la campaña a través de la repercusión en la prensa nacional. Los porcentajes de recordación (92%) fueron superiores a otras campañas sanitarias y muy superiores al compararlos con campañas comerciales provistas de un mayor financiamiento de medios. El plan de medios desarrollado permitió alcances satisfactorios (sobre el 85%).

²⁰ 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>

²¹ La emisión gratuita en la mayoría de los medios de comunicación, impidió realizar un plan de medios intensivo y tampoco hubo recursos para evaluar en forma sistemática sus resultados.

²² Se inauguró un modelo de gestión asociativo con organizaciones de la sociedad civil (ASOSIDA y VIVO POSITIVO) para el diseño y producción de la campaña y descentralizado para la ampliación de la cobertura con 13 campañas regionales complementarias a la nacional. Un gran Lazo de la Vida compuesto por 300 personas voluntarias vestidas de rojo frente al Palacio de la Moneda, constituyó un poderoso símbolo de la Campaña, cuya fotografía se conoció por Internet a lo largo del mundo

AÑO	MENSAJE	OBJETIVOS	EVALUACIÓN ²⁰
Entre Noviembre y Diciembre de 2006 (VII campaña)	<p>“Mi vida la cuido toda la vida: siempre condón”. El mensaje se comunica a través de dos spots de TV: 1)“el chat” 2)tres situaciones preventivas, se agrega tres frases radiales con las mismas tres situaciones de la TV y afiches respectivos.</p> <p>Población objetivo jóvenes de 15 a 29 años, sexualmente activos(as), de nivel socio económico medio-bajo y bajo (C2, C3, C3D) por las evidencias epidemiológicas sobre la mayor vulnerabilidad social de estos grupos.</p>	Lograr una evolución desde el uso ocasional hacia el uso consistente del condón, (entendido como el usarlo correctamente y en toda ocasión de riesgo de transmisión sexual del VIH).	Cuantitativa (1.600 encuestas telefónicas) y cualitativa (16 entrevistas en profundidad). El porcentaje de recordación alcanzado fue de 85% y el posicionamiento del objetivo fue favorable en el 80% del grupo destinatario. Queda instalado el mensaje “siempre condón” por su simplicidad, logrando transversalidad etaria y socioeconómica. Queda asociado el autocuidado con el uso del condón (siempre). Se obtiene este resultado por acumulación superpuesta de los efectos de las campañas anteriores (continuidad, persistencia, coherencia y focalización creciente). Se evalúa la alta potencialidad comunicacional de Internet para segmentos juveniles, se recomienda su utilización.
Entre Agosto y Septiembre de 2007 (campaña IX)	<p>“Yo decido y me cuido siempre”.</p> <p>Se compone de un spot central de TV que expresa las opciones personales de jóvenes frente a la prevención del SIDA. En spots de radio, las personas dialogan, profundizando los argumentos sobre su opción preventiva y se agregan afiches con información relevante sobre la epidemia.</p> <p>Se insiste en el mismo segmento etario y socioeconómico de la Campaña anterior.</p>	Provocar el debate y la decisión juvenil sobre las conductas preventivas frente al riesgo de contraer el VIH.	Fase Cuantitativa realizada a partir de 1.860 entrevistas telefónicas que incluyeron a todas las regiones del país. Se evaluaron aspectos como el nivel de recuerdo de la campaña, la percepción de la campaña y sus efectos en la población objetivo. Se observó un nivel de recordación de la campaña de un 67% y del mensaje “yo decido y me cuido siempre” de un 78%; se confirma que el autocuidado se ha instalado en la cultura conductual de la población objetivo de los mensajes (adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años, con vida sexual activa, de nivel socioeconómico C2, C3 y C3D). Un 77% declara interesarse más por el tema al ver la Campaña. En la exploración cualitativa con personas integrantes de tribus urbanas se refleja una demanda por información insatisfecha.
Entre Diciembre de 2008 y Enero de 2009	<p>“La consejería es un derecho”.</p> <p>Se compone de dos fases. La primera, en base a un spot central de TV que promueve y valida la consejería como un derecho de la población para acceder</p>	Entregar una respuesta institucional a la problemática asociada a la entrega de resultados de exámenes confirmados positivos por el ISP, validar públicamente la consejería como una	No se realizó estudio de evaluación específico.

AÑO	MENSAJE	OBJETIVOS	EVALUACIÓN ²⁰
	<p>a información para la prevención del SIDA, para apoyar las decisiones relacionadas con el examen de detección del VIH y para acceder a su resultado.</p>	<p>instancia de apoyo a la información, entrega de los resultados de exámenes y como un derecho ciudadano y finalmente, mantener confianza de la ciudadanía en las acciones del Ministerio de Salud respecto al VIH/SIDA.</p>	
<p>Desde Noviembre y Diciembre 2009</p>	<p>En la prevención de virus del SIDA, decides tú; para detectar el SIDA a tiempo, decides tú; Para mantener tu calidad de vida, decides tú</p> <p>Campaña compuesta por tres spots de televisión, tres afiches y tres dípticos (Prevención, Examen de detección del VIH y Tratamientos) y cuatro frases radiales que fueron difundidas a través de canales de televisión abierta y por cable de alcance nacional, radios nacionales y locales, medios de prensa nacionales y locales, carreteras, buses y colectivos en diferentes regiones, además del Metro en la Región Metropolitana.</p> <p>Hombres y mujeres con vida sexual activa que han decidido prevenir el Sida por transmisión sexual; Hombres homo y bisexuales y sus parejas, con vida sexual activa, entre 18 y 35 años, que tienen conductas sexuales de riesgo, como es el tener más de una pareja sexual sin uso de condón; Personas que saben son VIH+ y se acercan tardíamente a la atención por miedo a la discriminación social.</p>	<p>Apoyar la aceptación social de las distintas conductas preventivas de las personas y la mantención de éstas en el tiempo; Instalar socialmente la necesidad del acceso temprano al examen diagnóstico del VIH; Difundir los mecanismos disponibles para el apoyo de las decisiones de la población para la prevención del VIH y Reforzar la responsabilidad compartida entre el sistema de salud, los(as) usuarios(as) y la sociedad, en el acceso al tratamiento y al apoyo social que requieren quienes viven con VIH.</p>	<p>Estudio en base a entrevistas telefónicas y entrevistas en profundidad. Se realizan 1.860 encuestas telefónicas a una muestra nacional y 38 entrevistas en profundidad a hombres homo y bisexuales y sus parejas y a personas de 18 a 40 años, que saben son VIH+ en las ciudades de Arica, Valparaíso, Santiago y Concepción Talcahuano.</p> <p>Resultados cuantitativos: Recuerdo total de un 56%, con un mayor porcentaje en mujeres y en NSE C3D. A nivel regional hay mayor recuerdo en las regiones de Maule, Atacama, Coquimbo y Metropolitana. El mensaje más recordado es "protegerse. Cuidarse con condón". 73% de los encuestados dicen haber visto la campaña por TV, seguido por un 26% que la escucho en radio. La institución asociada a su autoría es el Gobierno, el Ministerio de Salud y CONASIDA.</p> <p>El 70% recuerda los servicios propuestos (el 28% menciona servicios de salud, el 24% al FONOSIDA y el 13% el acceso al examen de detección). De quienes recuerdan la campaña, la gran mayoría la define como informativa, educativa, directa y cercana.</p>

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

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=>

Decreto Supremo N° 44, de 2007, del Ministerio de Salud aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-3174_recurso_1.pdf

Resolución exenta N° 60 de 2007, Ministerio de Salud, establece normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley 19.966, modificada por resolución exenta N° 296 de 2007, Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=258336#VIH0>

Referencias generales

BCN. 2019. Programas de VIH/SIDA: 1990-2000. Prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control. María Pilar Lampert Grassi. Asesorías Técnicas Parlamentarias

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. 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>
- 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>
- Ministerio de Salud. 2004. “Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual”. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v70n1/art11.pdf>
- Ministerio de Salud. Informe Nacional Estado de Situación de casos confirmados VIH/SIDA originados en establecimientos públicos 2004-2008.
- Ministerio de Salud Informe Nacional Estado de Situación de casos confirmados VIH/SIDA originados en establecimientos privados 2004-2008.
- Ministerio de salud. 2008. Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual. Norma General Técnica Nº 103. Disponible en: https://www.icmer.org/documentos/infecciones_transmision_sexual/Normas%20ITS%20FINAL.pdf
- Ministerio de salud. Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH. 2010. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/07/MANUAL-DE-PROCEDIMIENTOS-VIH.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. 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-Financiamiento-Sida-Chile-1999-2000.pdf>

ONUSIDA, 2008. Informe mundial sobre la situación del VIH/SIDA. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/globalreport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_es.pdf

PAHO. 2007 Salud en las Américas VOLUMEN I-REGIONAL https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=ediciones-previas-publicacion-40&alias=22-salud-americas-2007-volumen-i-2&Itemid=231&lang=en

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.ucecentral.cl/prontus_ucecentral2012/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)