

LEGISLATURA 367^a

CEI 22 -COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA SOBRE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS ORGANISMOS PÚBLICOS COMPETENTES EN RELACIÓN CON LA CRISIS EN EL TRATAMIENTO DEL VIH SIDA EN CHILE ENTRE 2010 Y 2018

Sesión 12^a, celebrada en lunes 17 de junio de 2019, de 09:45 a 13.15 horas.

SUMARIO:

- Asistieron como invitados la Ministra de Educación; la Directora Ejecutiva de la Asociación Chilena de la Familia; el ex Subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows; señora Valeria Stuardo, académica de la Universidad de Chile; y el Director de la Fundación Sida Maule.

I.- PRESIDENCIA

Presidió la sesión la diputada Claudia Mix Jiménez.

Actuó como Secretaria Abogado la señora Claudia Rodríguez Andrade, y como Abogado Ayudante el señor Germán Salazar Roblin.

II.- ASISTENCIA

Asistieron los siguientes diputados integrantes de la Comisión: Jaime Bellolio Avaria, Juan Luis Castro González, Andrés Celis Montt, Ricardo Celis Araya, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar, Marcela Hernando Pérez, Erika Olivera de la Fuente, Patricio Rosas Barrientos y Víctor Torres Jeldes.

III.- INVITADOS

Concurrieron como invitados la Ministra de Educación, señora Marcela Cubillos, junto al Jefe División de Educación, señor Raimundo Larraín¹; la Directora Ejecutiva de la Asociación Chilena de la Familia (APROFA), señora Débora Solís; el ex Subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows²; la académica de la Universidad de Chile, señora Valeria Stuardo³; y el Director Ejecutivo de Fundación Sida Maule, señor Michael Díaz⁴.

IV.- CUENTA⁵

Se dio cuenta de los siguientes documentos:

1.- Oficios del Ministerio de Salud, mediante los cuales Informa:

1) Estadísticas de prestaciones de salud en materia VIH-Sida, en los centros de salud pública del país. Adjunta minuta con la información requerida, que fue remitida a los correos de los señores y señoras diputados y diputadas. (Responde oficio N° 003-007-2019).

2) Los convenios internacionales suscritos por Chile en materia de prevención de VIH-SIDA y adjunta documento denominado "Acuerdos y

¹ Exposición disponible en:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172868&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

² Exposición disponible en:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172871&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

³ Exposición disponible en:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172870&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

⁴ Exposición disponible en:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172869&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

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

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=61364&prmTIPO=DOCUMENTOCUENTACOMISION>

Compromisos Internacionales”, elaborado por esa Cartera, que fue remitido a los correos de los señores y señoras diputados y diputadas. (Responde oficio N° 008-2019).

3) Que en el presupuesto VIH 2019, la profilaxis Pre Exposición, cuenta con un financiamiento de \$ 370.000.000, documento que fue remitido a los correos de los señores y señoras diputados y diputadas. (Responde oficio N° 011-2019).

4) Sobre los protocolos para los programas de retorno de ciudadanos extranjeros a sus países de origen. Informa que la entidad pública encargada de la materia consultada es el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, motivo por el cual reenviaron la petición de información al Departamento de Extranjería y Migración, de dicha Cartera. (Responde oficio N° 013-2019).

2.- Correo electrónico de la señora Gisela Alarcón, ex Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, mediante el cual excusa su inasistencia a la sesión, por motivos de agenda, sin embargo comunica que a más de un año de haber dejado su cargo en el Ministerio de Salud, puede señalar que con motivo de la entrega de Gobierno, las nuevas autoridades recibieron la información detallada respecto de las acciones referidas a VIH-SIDA en lo que a la Subsecretaría de Redes Asistenciales le compete, a través de sus Divisiones dependientes. En particular respecto a la implementación de cambio de terapias para pacientes que viven con VIH-SIDA y a la implementación de pilotos para el uso de “test rápido” de VIH en Primer Nivel de Atención y espacios comunitarios.

3.- Carta del señor Willy González, Presidente de la Red Nacional de Pueblos originarios, mediante la cual manifiesta no estar de acuerdo con la respuesta entregada por el administrador de la sede de la Cámara de Diputados en Santiago, en cuanto a los controles que fueron sometidos los integrantes de los pueblos originarios, mayores detalles en la carta que se encuentra disponible para los señores y señoras diputados y diputadas.

V.- ACUERDOS

1- Oficiar al Instituto de Salud Pública con el objeto que remitan información acerca de las políticas preventivas en materia de VIH Sida y las cifras respecto de las personas que viven con VIH-SIDA, a nivel nacional.

2-Citar al señor Jaime Mañalich, Ministro de Salud, para la sesión del día viernes 21 de junio del presente.

VI.- ORDEN DEL DÍA

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

TEXTO DEL DEBATE

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

La señora Secretaria dará lectura a la Cuenta.

*-La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Con el objeto de dar continuidad a su cometido y cumplimiento a lo encomendado en el mandato, la comisión ha citado a la ministra de Educación, señora Marcela Cubillos; a la directora ejecutiva de la Asociación Chilena de la Familia (Aprofa), señora Débora Solís; al director ejecutivo de la Fundación Sida Maule, señor Michael Díaz; al exsubsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows; a la académica de la Universidad de Chile, señora Valeria Stuardo y a la exsubsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, señora Ana Gisela Alarcón, quien se ha excusado de asistir.

En su calidad de exministro de Salud, se ha invitado al señor Jaime Mañalich, quien no ha dado respuesta.

En nombre de la comisión, les doy la bienvenida a la comisión. Tiene la palabra el señor Acosta.

El señor **ACOSTA**.- Señorita Presidenta, quiero hacer presente que, desde que se le cursó la invitación a don Jaime Mañalich, en su calidad de exministro de Salud, se produjo un cambio de gabinete. Por lo tanto, el señor Emilio Santelices dejó su cargo y asumió esa cartera don Jaime Mañalich.

Esta mañana el ministro Mañalich me hizo llegar por escrito, vía correo electrónico, su excusa por no asistir a esta sesión. En el documento se señala que no podrá asistir debido a que fue invitado como exministro de Salud, y como es de público conocimiento asumió como ministro de la cartera el día 13 de junio del presente, lo que le impide asistir a esta sesión. Sin perjuicio de aquello, solicita a usted, cursarle una nueva invitación para asistir como ministro de Estado.

Hace llegar sus excusas formalmente y a través de quien habla. La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Muchas gracias. Se va a citar en su calidad de ministro a la última sesión del viernes.

Corresponde escuchar a la señora ministra de Educación, para que se refiera a lo que se ha anunciado públicamente, en

conjunto con el exministro de Salud, respecto de la educación sexual.

La señora **CUBILLOS**, doña Marcela (ministra de Educación).- Muchas gracias, señora Presidenta.

Efectivamente, aparte de esperada, el 22 de abril, cuando asistió el subsecretario, lo hizo en calidad de ministro subrogante. Yo estaba citada, pero me encontraba fuera de Chile. Por lo tanto, cuando asiste el señor Raúl Figueroa lo hace en calidad de ministro subrogante y explicó el programa y el plan en el que estamos.

Si nos permite, queremos hacer dos cosas. Primero, que el jefe de la división de Educación General pueda actualizar la información que se dio respecto de nuevos planes que se están haciendo en materia de prevención en el Ministerio de Educación.

Respecto del proyecto de ley, con los cambios por todos conocidos, quedó para firma del nuevo ministro de Salud. Está elaborado, terminado su trabajo previo con la Segpres y con la Dipres, y solo quedó pendiente -la semana pasada estaba listos para ingresarlo- la firma del nuevo ministro.

Básicamente, el proyecto señala que la obligación para contar con programas de educación sexual, en lugar de estar en 1° medio, se baja a quinto básico. Por lo tanto, se exige a todos los colegios, a partir de 5° básico, tener programas de educación sexual.

Se dice expresamente, igual como hoy respecto de 1° medio, en que se respetan los programas que determinen los proyectos educativos, que se respeta y se establece que se tienen que incorporar contenidos que propendan al adecuado desarrollo afectivo, a una sexualidad responsable y que se informe, de manera completa, sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados que aborden la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el embarazo adolescente y el abuso sexual.

Es decir, aun cuando se mantiene el respeto al proyecto educativo de cada uno de los colegios, se establece no solo la obligación de tener el programa de educación sexual, sino que además se establecen ciertos mínimos que debe tener cualquiera de esos programas que se implementen en los colegios.

Para nosotros es fundamental este cambio en la legislación, aun cuando están incorporadas al desarrollo curricular las medidas de prevención a lo largo de toda la etapa escolar, como

explicó en la comisión el subsecretario. Se hace fundamental tener programas especiales de educación sexual.

Nos pasó -también vamos a entregar la información actualizada- que cuando pedimos a la Superintendencia que fiscalizara si los colegios estaban cumpliendo con la obligación de tener programas de educación sexual, obligación legal a partir de 1° medio, más del 80 por ciento señala que sí los tiene.

Por lo tanto, pedimos que ahora se hiciera un trabajo cualitativo respecto de esos programas de educación sexual, porque puede ser bastante fácil contestar que sí los tienen, pero no tenemos la información al detalle de cualitativamente de cómo son esos programas que se están implementando. Por lo tanto, el trabajo -lo va a explicar el señor Larraín- con la Superintendencia es dar un paso más, porque no basta que contesten que el 80 u 85 por ciento los tenía, sino que queremos ver cuáles son esos programas.

En segundo lugar, el análisis que se tuvo en consideración es que tener programas en 1° medio es llegar tarde en cualquier prevención. Por lo tanto, se baja a 5° básico, que fue lo que se estimó por parte de las autoridades de Salud.

Esta es una ley del Ministerio de Salud y las autoridades de esa cartera podrán explicar mejor por qué se determina que es en 5° básico y no en 1° medio. Se estimó que 5° básico era el año adecuado por el trabajo que habíamos hecho con el exministro Santelices, para obligar a los colegios a tener estos programas.

Consideramos fundamental respetar dos cosas. Primero, no alterar lo que se señalaba, que las comunidades educativas tienen que tener una opinión respecto de los programas de educación sexual, pero esos programas tienen que tener un mínimo establecido por ley que deben cumplir frente a un problema evidentemente de salud pública como es el VIH y las enfermedades de transmisión sexual.

Como les decía, este proyecto está listo para la firma del ministro Mañalich. No lo he conversado con él, pues acaba de asumir el cargo, pero este es un trabajo que se hizo con el Ministerio de Salud y con la firma del ministro estará en condiciones o de ingresar esta semana, o a más tardar la siguiente, a tramitación en el Congreso. No sabemos todavía por cuál de las dos Cámaras; eso está por verse.

A continuación, el señor Raimundo Larraín actualizará la información de los programas.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señora ministra, ¿podría ahondar más en los mínimos que se ha referido?

La señora **CUBILLOS**, doña Marcela (ministra de Educación).- Señora Presidenta, aunque no debiera, voy a leer el anteproyecto.

El proyecto básicamente dice lo siguiente:

Los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado - por lo tanto, para todos los colegios, los que reciben subvención y para los particulares pagados- deberán incluir a partir de 5° año de educación básica o su equivalente un programa de educación afectivo sexual obligatorio, el cual incorpore contenidos que propendan a un adecuado desarrollo afectivo y a una sexualidad responsable, e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados que aborden la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo adolescente y el abuso sexual. El programa se desarrollará de acuerdo con el proyecto educativo de cada establecimiento educacional, según las convicciones y creencias que adopte e imparta cada uno de ellos en conjunto con los centros de padres y apoderados, en consideración de la madurez, edad e intereses de los niños, niñas y adolescentes.

Señala también que el ministerio entregará -eso lo vamos a explicar ahora con lo que va a exponer Raimundo Larraín- orientaciones a los establecimientos educacionales para la elaboración de sus programas de educación sexual obligatorio, formulando a los establecimientos, a partir de 5° año de educación básica o su equivalente, distintas alternativas de programas de educación sexual para su implementación, los cuales reconocerán el desarrollo progresivo e integral de los alumnos y la diversidad de proyecto educativo.

Señora Presidenta, esta es la base de nuestro proyecto. Estamos abiertos a perfeccionarlo, como con cualquier proyecto de ley, una vez ingresado.

Tenemos claro que este es un problema de salud pública y, por tanto, el Ministerio de Educación lo que quiere acá es apoyar lo que el Ministerio de Salud determina como fundamental para combatir este flagelo.

Entonces, lo que estamos haciendo, desde el punto de vista de la prevención, es algo que no se ha hecho en muchos años y que se requería, cual era bajar la obligatoriedad y, al mismo tiempo, señalar claramente que aun cuando se respete la

autonomía de los colegios, tienen que establecerse ciertos mínimos.

Si son estos, si son otros, si faltan o si son insuficientes, me imagino que es parte de la discusión legislativa que habrá que tener cuando ingrese el proyecto. Lo determinarán los parlamentarios, pero esta es una modificación a una normativa de Salud. Así que me imagino que entra por Salud y tendrá que ser visto por Educación, pero, reitero, es una modificación a una ley de Salud.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el señor Raimundo Larraín.

El señor **LARRAÍN**.- Señora Presidenta, en forma breve los quisiera poner al día sobre las acciones que como Ministerio de Educación estamos impulsando. Para ello pueden seguir la presentación, la cual dejaremos en poder de la comisión.

En concreto, traemos ocho acciones que estamos impulsando hoy desde el Ministerio de Educación en materia de prevención del VIH Sida y de educación sexual.

Quiero comenzar por estas orientaciones que hemos enviado a 5.000 establecimientos del país, y que están disponibles en la página web más visitada del Ministerio de Educación, que es precisamente la de convivencia escolar, en la que se aloja la sección de educación sexual.

En la citación pasada les trajimos este maletín que contenía las orientaciones -se los dejamos- y hoy como Ministerio de Educación, a través del equipo de supervisión, distribuido en todas las provinciales de Educación, apoyamos a las escuelas en la implementación de estas orientaciones para la elaboración y diseño de programas de educación en sexualidad afectiva y género. Eso por un lado.

Esto, además, está complementado por otro trabajo muy importante, cual es cómo se trabaja la educación sexual a partir de las oportunidades que nos ofrece el currículum. Hoy una de las brechas más importantes para los profesores es cómo se trabaja esto de manera transversal, no solo en la clase de Ciencias, sino que aprovechando distintas oportunidades que hoy nos ofrece el currículum.

Traemos un breve botón de muestra de oportunidades curriculares que hoy se ofrecen para trabajar la educación sexual desde la educación básica.

En primer lugar, tenemos la asignatura de orientación, en donde se trabaja fuertemente en 1º año de educación media; también

tenemos en la asignatura de Ciencias Naturales, en 7° básico, que va muy en relación con el proyecto de ley que anunció la ministra, donde se describen las características de las infecciones de transmisión sexual; asimismo, las medidas de prevención, mecanismos de transmisión y los métodos anticonceptivos.

Lo más importante es que hoy el currículum cuenta con objetivos transversales desde primero básico hasta cuarto medio para desarrollar las dimensiones afectiva, espiritual, ética y social de la persona. Estos objetivos están establecidos en el currículum, y las escuelas, sobre la base de su proyecto educativo, pueden trabajarlos transversalmente en las distintas asignaturas, tanto en su horario escolar como en el extraescolar, con los apoderados y en el consejo de profesores. Este año implementamos conversatorios sobre VIH Sida a lo largo de todo el país con estudiantes de primero y segundo medio. Ya cumplimos. Hemos ejecutado el ciento por ciento de la primera etapa, en la que hicimos 40 eventos entre marzo y mayo en las regiones donde hemos visto mayor aumento del contagio, que son la Metropolitana, Tarapacá, Antofagasta, O'Higgins y La Araucanía. De hecho, hicimos una sesión especial en un salón del edificio del antiguo Congreso Nacional, que gentilmente nos facilitaron, para que invitáramos a presidentes de centros de estudiantes de escuelas municipales y subvencionadas de la Región Metropolitana. Ahora vamos a entrar en una segunda etapa, en la que tenemos planificado realizar 70 conversatorios entre junio y diciembre.

El eje central del curso son tres preguntas: ¿qué sabemos sobre el VIH Sida? ¿Cómo podemos prevenirlo? y ¿Cómo se trata y se controla el VIH Sida?

Es un programa ejecutado por la Universidad de La Frontera, pero diseñado, editado y mejorado por su Departamento de Salud Pública. Concurren profesionales de la salud y se trabaja en una modalidad grupal, a través de reflexiones y de información científica rigurosa, con mucha participación de los estudiantes.

En cuarto lugar, cuando vino el ministro subrogante, nos comprometimos a abrir este curso, que trabajamos en conjunto con el Ministerio de Salud, denominado: "Enfrentado el VIH Sida y las infecciones de transmisión sexual".

Ya se cerró el primer proceso de inscripción para capacitar a cinco mil directivos, docentes y asistentes de la educación,

que posteriormente impartirán en sus respectivos establecimientos desde quinto básico hasta cuarto medio poniendo el foco en estrategias preventivas.

La gracia de este curso es que, además de entregar información científicamente rigurosa, tiene un proceso de acompañamiento virtual para quienes lo continúen. El curso consta de 52 horas pedagógicas y, durante la primera semana de julio, vamos a abrir una segunda convocatoria, para otros cinco mil participantes.

En quinto lugar, quiero recalcar la alianza con las 18 universidades del Estado de Chile, que se agrupan en el Consorcio de Universidades del Estado de Chile (CUECh). En octubre del año pasado se firmó un convenio de colaboración en materias específicas de prevención y control del VIH Sida. Los compromisos adquiridos por el CUECh y el Ministerio de Salud son promover y facilitar canales de difusión, a fin de promover la salud sexual, y prevenir el VIH Sida y las infecciones de transmisión sexual en estudiantes y trabajadores de las universidades del Estado.

En este convenio de colaboración, el Ministerio se comprometió a impulsar procesos de capacitación en sexo seguro, prevención del VIH y a formular estrategias para el fomento del uso del preservativo y la pesquisa precoz del VIH a través de test rápidos, que se ofrecen en las mismas universidades.

Por último, el CUECh y el Ministerio se comprometieron a trabajar en el logro de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

Ahora, me voy a referir a una nueva iniciativa que estamos desarrollando, como Ministerio de Educación. Me refiero a un portal de orientación en educación sexual, que está en pleno proceso de diseño. Es una plataforma que contempla contenido material, como videos, tutoriales, planificaciones y fichas de apoyo, para realizar sesiones de prevención del VIH y formación en sexualidad y afectividad, acorde a la etapa de cada curso. Además, vamos a ofrecer actividades, por nivel, de introducción, profundización y orientación específica, que permitan la elaboración de programas de educación sexual.

Me quiero detener brevemente en este punto, para explicar que el fin de ese portal de orientación en educación sexual es que las escuelas puedan iniciar su trabajo en educación sexual, pues hay muchas escuelas que por falta de información no dan

el primer paso para hacerse las grandes preguntas que permiten la elaboración de programas de educación sexual.

Hicimos un trabajo relativamente similar en materia de ciberacoso escolar. Como les comenté, fue una de las páginas web más visitada del Ministerio durante el primer semestre. Por eso, queremos replicarlo, para incentivar que las escuelas comiencen a diseñar programas de educación sexual, una vez que entre vigencia la ley, porque obviamente implica un desafío mayor. Hay muchos profesores que no saben cómo iniciar este trabajo en los niveles de educación básica, y queremos orientarlos, dividiéndolo adecuadamente por niveles.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Es una plataforma pensada para ser aplicada, luego de implementada la ley, solo para los establecimientos, no para los apoderados ni para los alumnos?

El señor **LARRAÍN**.- Es para todos. Es un sitio para todos.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Es una herramienta para los colegios?

La señora **CUBILLOS**, doña Marcela (ministra de Educación).- Señorita Presidenta, es para ambas cosas: puede servir como herramienta para producir los programas, pero también está pensado que sirva a los apoderados, a los profesores y que sea de utilidad permanente.

El señor **LARRAÍN**.- Y también queremos que esté al servicio de las escuelas, que sea de fácil implementación, que no requiera recursos adicionales y sea de lenguaje sencillo y entendible para apoderados, docentes y asistentes de la educación.

Por último, respecto de las acciones desarrolladas por la Superintendencia de Educación, la ministra ya comentó que a fines del año pasado se envió un ordinario a todos los sostenedores que administran establecimientos que imparten educación media, a fin de solicitarles información sobre si cuentan con programas de educación sexual.

Se hizo en distintas fechas, mediante *mailing*, que solicitaban responder la pregunta que ven en la presentación.

Además, en la declaración anual del sostenedor subvencionado, se pidió dar respuesta a la misma consulta.

El 88 por ciento de las respuestas las recibimos por estos canales, de las cuales el 85 por ciento de los establecimientos contestó afirmativamente y el 15 por ciento sostuvo no contar con ningún programa. Por consiguiente, como medida remedial,

la Superintendencia está orientando a esas escuelas con los pasos que deben seguir, de acuerdo con la normativa vigente. También estamos trabajando con la Agencia de Calidad de la Educación, para que asesoren a las escuelas, a través de su equipo de evaluadores, en la elaboración de programas de educación sexual.

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

La señora **CUBILLOS**, doña Marcela (ministra de Educación).- Señorita Presidenta, a raíz de que un diputado preguntó si iba a ir a la Comisión de Salud o a la Comisión de Educación, quiero decir que, tema clave en la tramitación del proyecto es la combinación de trabajo entre salud y educación, porque si bien esta es una normativa del Ministerio de Salud, la implementación le corresponde al Ministerio de Educación, y si bien nosotros tenemos un trabajo de prevención, este es un problema de salud pública.

Por lo tanto, la manera en que el Ministerio de Educación consulte o coordine su trabajo con el Ministerio de Salud, para que las orientaciones sean adecuadas y eficaces, es una tarea en desarrollo que debemos enriquecer durante la tramitación del proyecto, dado que es una situación un tanto anómala, pues se trata de una normativa de Salud que debe ser implementar por Educación, frente a un problema de salud pública. Ojalá en las Comisiones de Salud y de Educación podamos hacer un buen enriquecimiento del proyecto.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señora ministra, tengo las mismas dudas respecto de la implementación, porque se abordan distintas temáticas relacionadas con la educación sexual.

Mi pregunta es si en el proyecto de ley está considerada una nueva asignatura o se potenciarán los contenidos de las asignaturas existentes. Me cuestiono si no será más apropiado tener profesionales vinculados al área de la salud que los profesores que habitualmente abordan las temáticas. Eso implica capacitar a los profesores, porque hay aspectos que son más bien prácticos, desde cómo usar un preservativo, que me imagino que estará en los contenidos que hay que pedir en los colegios; ¡pero si hay jóvenes de 20 años que ni siquiera saben cómo abrirlos! Estamos hablando de la necesidad de que existan cursos prácticos.

La pregunta era para saber si iba a ser una asignación aparte o si iba a ser complementaria a los contenidos y a las materias que hoy existen.

Pero también, ministra, le quiero preguntar sobre la campaña que se lanzó en mayo de este año en los liceos de Providencia, de entrega de preservativos en los colegios, con la instalación de dispensadores en los recintos educativos. ¿Esa campaña está vinculada al plan de acción que ustedes han emprendido? ¿Cómo se está llevando eso cabo? ¿Se sabe con qué liceo van a empezar? ¿Existe alguna planificación, existe capacitación para abordar ese plan, para que no se convierta en una mera entrega preservativos, entregar por entregar?

Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señora Presidenta, me parece interesante establecer objetivos mínimos, que permitan entregar conocimiento a jóvenes y niños que van a recibir educación sexual para enfrentar las situaciones de salud pública que vive el país, además de algunos cambios, como las orientaciones de género, que vienen -entiendo- dentro del material que se nos entregó hace algunos días.

Uno de los mayores problemas que se pueden tener, desde el punto de vista de la educación sanitaria, es el de la colisión entre los distintos proyectos educativos.

Durante muchos años hemos tenido problemas para entregar información, con asidero científico, al mundo estudiantil.

Entiendo que lo que se busca es entregar la totalidad de dicha información. Me parece interesante que colegios que no están entregando esa información, hoy tenga hacerlo y entreguen toda la información sobre métodos anticonceptivos, indistintamente que después, cada cual, pueda elegir, basado en su formación y sus convicciones, cuál método utilizar.

Ahora, dentro de lo mínimo, vamos a tener que discutir algunas materias, como incluir elementos de orientación de género o no, o hasta dónde avanzar en ese sentido. En esto soy proclive a tener un acuerdo, entiendo que a lo mejor nos gustaría en algunos casos poder avanzar más allá, pero pudiera llegar a ser dificultoso.

Me interesa que podamos lograr un acuerdo lo más amplio posible, de tal manera que los jóvenes puedan saber cómo utilizar métodos anticonceptivos, cómo prevenir el VIH o las infecciones de transmisión sexual, etcétera.

Mi pregunta es si va a ser una asignatura aparte y si se va a incorporar en la actual malla curricular.

Yo tengo una opinión sobre el acercamiento de los profesionales de la salud a educación.

Si bien me parece positivo que pueda existir una vinculación, yo no les entregaría toda la carga formativa a los profesionales de la salud; siempre va a ser bueno que exista un vínculo, porque los jóvenes no se acercan a los consultorios y, las jóvenes, no se acercan al ginecólogo o a la matrona para buscar métodos anticonceptivos. Entonces, acercar profesionales de la salud a la educación puede facilitar un poco ese vínculo.

Sin embargo, no dejaría todo el proceso educativo en manos de profesionales de la salud, sino que, en materia de formación de sexualidad y de afectividad, lo dejaría en manos de los profesores, que son los que están ahí, en el día a día, vinculados con los estudiantes, y no solo en la asignatura, sino que también tendrán que responder otras preguntas, si es que llegan a generar un vínculo con los estudiantes durante todo el tiempo que pasan con ellos en los colegios; eso también me parece algo favorable.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Ministra, quiero sumar la última pregunta que se me queda en el tintero, que tiene que ver con la fiscalización de la implementación de la ley.

La señora **CUBILLOS**, doña Marcela (ministra de Educación).- Señora Presidenta, lo primero, no es una asignatura adicional, pero cumple el mismo efecto, porque tiene la misma obligatoriedad.

Si se hiciera una asignatura de educación sexual obligatoria, nos demoraríamos quizás cuatro o cinco años en tenerla, porque, ya vieron lo que ocurrió con la Ley Formación Ciudadana, que se aprobó en 2016 y solo ahora, por las bases curriculares y por toda esta disputa, puede incorporarse a un currículum. Claro, los parlamentarios pueden crear por ley asignaturas, pero después tienen que incorporarse a las bases curriculares, tienen que ir al Consejo Nacional de Educación, es de una complejidad mucho mayor.

Aquí, lo importante es actuar rápido y de la manera más eficiente.

Al hacer obligatorio un plan de formación, es obligatorio para la escuela y para los alumnos, desde el minuto en que se hace

y se fiscaliza cualitativamente. Creo que es importante que lo pongamos, y que seamos muy expresos en la tramitación de la ley.

Nosotros hemos visto que cada vez que la Superintendencia fiscaliza si las escuelas están cumpliendo con tener programas de educación sexual, crece de inmediato el requerimiento por tener educación sexual, pero si se relaja la fiscalización o si pasan años en que nadie pregunta en las escuelas, no hay un avance en los programas.

Al mismo tiempo, lo que se está haciendo con la agencia de calidad es analizar cualitativamente el funcionamiento de los programas, de tal forma que se tenga más control para que sean más eficientes.

Es obvio que siempre se pueden mejorar los contenidos de las asignaturas; no puede haber algo que cambie más rápido que la educación sexual en los distintos niveles y es evidente que hay que estar en permanente revisión. Este es un programa obligatorio para los colegios y para los alumnos.

En segundo lugar, es fundamental la capacitación para los profesores. De acuerdo con lo que se ha explicado acá, respecto de las orientaciones, nos pareció fundamental partirlas al tiro, porque la experiencia de quienes trabajan con los profesores nos dice que muchos de ellos no se atreven a tocar el tema, no saben cómo abordarlo en 5°, 6° o 7° básico; por lo tanto, la capacitación es fundamental, y de la manera más grafica posible.

Respecto de Providencia y los dispensadores, creo que, cómo se hizo, es un muy buen ejemplo. Si el Ministerio de Salud ha recomendado la instalación de dispensadores como una forma de política de salud pública para combatir el VIH y las infecciones de transmisión sexual, se hizo con acuerdo del sostenedor, que en este caso era la alcaldesa. Creemos que esa es la forma, si es que hay una política por parte del Ministerio de Salud.

A mi juicio, uno tiene que dejarse guiar por quienes tienen el conocimiento técnico en esta materia. He escuchado al ministro Satelices explicar todos los beneficios que tiene el acercar los mecanismos de anticoncepción a los jóvenes y a los estudiantes.

Me parece razonable que un sostenedor acoja lo que está recomendando el Ministerio de Salud, sobre todo de la manera en que se implementó, pero depende de los sostenedores, porque

en esto, como Ministerio de Educación, no tenemos ni facultades ni atribuciones.

Creo que lo fundamental, por tratarse de un tema de salud pública, es que el Ministerio de Educación trabaje, no solo coordinado con el Ministerio de Salud, sino también reconociendo la mayor experiencia y conocimientos técnicos que tiene esa cartera ministerio para enfrentar esto.

Nuestra pega es de formación y educación en la afectividad y en la sexualidad, pero hay otra que es más urgente, que es abordar esto como un tema de salud pública.

Quiero agradecer la voluntad para avanzar en el acuerdo, y nosotros estamos presentando un proyecto. Fui parlamentaria, y tengo claro que es acá donde se enriquecen los proyectos. En tal virtud, a lo mejor, habrá que corregir la coordinación de ambos ministerios, desde el punto de los mínimos que están establecidos ahí, pero creo que lo más importante es que saquemos un proyecto rápido.

Con pudor vemos que se esté bajando la edad casi a 5° básico, en circunstancias que esto se debió haber hecho hace mucho rato. Entonces que solo ahora estemos discutiendo que teníamos programas obligatorios a partir de primero medio, e señal de que estamos llegando bastante tarde.

Por eso, mi compromiso es hablar hoy mismo con el nuevo ministro, para que esté de acuerdo con este proyecto y lo podamos sacar rápido.

Creo que sí tenemos que ver lo que plantea la diputada y es de qué manera, aunque todo esto está dentro de las atribuciones de fiscalización de la Superintendencia, se hace una fiscalización cualitativa de que aquí no basta con hacer *check* a tener un programa de educación sexual, sino que sea un programa de educación sexual evaluable, efectivo.

El señor **TORRES**.- Para mantener en el tiempo esa evaluación cualitativa, ¿viene en la ley? Creo que sería bastante positivo.

A mi juicio, una de las cosas más interesantes que usted ha planteado es la evaluación cualitativa. En caso contrario, será un programa más; no vamos a saber si cumple con los mínimos ni con la calidad de lo que se está entregando.

Sería fantástico si la evaluación cualitativa estuviera incorporada en la ley, ojalá con una periodicidad establecida. La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Me sumo a la petición del diputado Torres, porque todos quienes hemos estado

en la comisión investigadora coincidimos en que la prevención es un tema transversal, pero en la educación de edad temprana, de la iniciación sexual.

Me parece fundamental lo que plantea el diputado Torres, en el sentido de hacer un seguimiento no solo a los contenidos, sino también a los aspectos prácticos de esa capacitación, de esa formación. No dejo de concebir esto de los dispensadores como parte de la ley, pues más allá de la disposición o buena voluntad que pueda tener un sostenedor, si enseñamos en la sala de clases a utilizar los preservativos, qué mejor que se familiaricen en los pasillos, en los baños, sobre todo en aquellos liceos mixtos, porque aquí pasa de todo en cualquier lugar.

¿Cómo podemos vincular, como parte del proyecto de ley, compromisos que sean prácticos? Aparte de que se lleven el díptico, que puedan ver las plataformas en términos digitales, con ejemplos, que se familiaricen con el preservativo, porque lo más probable es que no salgan a comprarlos, porque les da vergüenza, porque no van al Cesfam, etcétera.

Entonces, en este acuerdo Minsal-Mineduc, sería bueno implementar los dispensadores en todos los liceos. Ello, porque sabemos que es una necesidad real, pero también lo planteo como una sugerencia dentro de la ley, a propósito de estos mínimos, y pensando en la realidad de cada colegio.

La señora **CUBILLOS**, doña Marcela (ministra de Educación).- Respecto de la evaluación cualitativa, efectivamente, si se ponen en la ley ciertos mínimos que deben tener los programas de educación sexual, la obligación de fiscalización los aborda, porque debe cumplirse con esos mínimos.

Lo importante es que ingrese el proyecto y que toda esta discusión se replique en las comisiones, se escuche a los expertos, tanto de educación como de salud, y que el proyecto se enriquezca con la discusión.

Me preocupa que esta iniciativa ingrese cuanto antes para iniciar la tramitación, con toda la discusión.

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

El señor **CELIS** (don Andrés).- En primer lugar, saludo a la ministra y al jefe de división del ministerio.

A título personal, pido disculpas porque desconocía que había venido el ministro subrogante. ¿Por qué lo desconocía? Porque a la misma hora tenía otras comisiones, así que dejo

constancia, ante la Secretaria de la comisión, que el ministro de Educación subrogante vino en otra oportunidad.

En segundo lugar, después de leer la información del Ministerio de Educación, está sumamente claro que esto está dentro del currículo, y sobre eso no hay ninguna discusión ni veo ningún problema.

Mi duda dice relación con el tema de los dispensadores, porque en su oportunidad el Minsal señaló que tiene la intención de instalarlos en los establecimientos educacionales. ¿Por ley, puedo obligar a todos los establecimientos educacionales a instalarlos?

Esa es la duda, no sé si puedo obligar -voy a hablar del colegio donde mi hermano es rector-, por ejemplo, al Cordillera a colocar dispensadores. No creo que la comunidad educativa del colegio Cordillera esté convencida de eso.

No sé si en un colegio subvencionado o municipal se podrá hacer lo mismo.

Gracias.

La señora **CUBILLOS**, doña Marcela (ministra de Educación).- Hoy se ha determinado que efectivamente se respete la autonomía de los sostenedores y de los proyectos educativos, o sea, poniendo ciertos mínimos, como lo estamos haciendo hoy en la ley. ¿Cuál es la manera en que cada colegio, cada proyecto educativo determine la forma de cumplir esos objetivos?

En Chile existe libertad de enseñanza, por lo tanto, los sostenedores, de acuerdo con su proyecto educativo, van a determinar dicha función.

Por eso, creo que es muy importante que el trabajo se haga en conjunto con el Ministerio de Salud, porque, a lo mejor, la información técnica que llegue desde el ministerio, a muchos de esos sostenedores, los hará evaluar a diario o de manera permanente las políticas que están implementando.

Hoy existen dos principios: uno de salud pública y el principio de libertad de enseñanza, resguardado constitucionalmente.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Estamos contentos con esta iniciativa, porque ha sido un tema de preocupación transversal.

Creo que es necesario dotar de información y concientizar a los sostenedores sobre la gravedad de la situación que se vive respecto del VIH, para que entiendan cuál es el desafío que tenemos por delante.

En esa misma línea, porque sabemos que esto es urgente, ¿existe alguna posibilidad de que el Ejecutivo, además de ingresar el proyecto, le dé la urgencia para que podamos terminar este año con una ley que permita hacernos cargo del tema?

Al respecto, hemos conversado con don Jorge Acosta y en la comisión existe la voluntad de hacernos cargo del problema, pero también necesitamos el respaldo del Ejecutivo. Queremos saber si existe la disposición de ponerle urgencia al proyecto. La señora **CUBILLOS**, doña Marcela (ministra de Educación).- No soy la ministra de la Segpres, pero lo voy a solicitar expresamente, y creo que el ministro de Salud va a tener la misma disposición y el gobierno también. Así es que haré presente la solicitud de la comisión.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Sé que la diputada Olivera hubiera estado encantada de hacer preguntas, porque tenía muchas dudas, pero me envió un mensaje que venía un poco complicada de una actividad del Senado.

En nombre de la comisión, agradezco la presencia de la ministra. No sé si existe alguna otra inquietud de parte de los diputados, pero, en todo caso, como nos queda solo una sesión, que es el próximo viernes, cualquier otra información que requiramos en detalle se la vamos a oficiar. No le quepa duda de eso.

Por último, ojalá podamos tener más información sobre el detalle del proyecto y la fecha, para empezar a revisarlo y a hacer las preguntas pertinentes.

Muchas gracias, señora ministra.

La señora **CUBILLOS**, doña Marcela (ministra de Educación).- A ustedes, por la invitación.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Doy la bienvenida a la señora Débora Solís, directora ejecutiva de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (Aprofa).

Tiene la palabra.

La señora **SOLÍS** (doña Marcela).- Agradezco la invitación y lamento que se haya retirado la señora ministra.

Antes de mi presentación, traigo una información que me parece pertinente que ustedes conozcan.

En primer lugar, represento a Aprofa, Asociación Chilena de Protección de la Familia, una institución que nace en 1964, con el propósito de facilitar el ingreso de los métodos anticonceptivos para regular la fertilidad en nuestro país.

Quiero mencionar dos cosas: una, tiene que ver con los dispensadores. Desde el año pasado, Aprofa decide importar dispensadores y ponerlos al servicio de las comunidades en general de manera gratuita. Y digo de manera gratuita, porque el financiamiento en materia de educación integral de la sexualidad es un tema tanto para las unidades educativas como para las comunidades en general.

En ese sentido, quiero contarles que el viernes pasado firmamos un convenio por diez dispensadores para la municipalidad de Independencia; por 22 dispensadores con el alcalde Felipe Alessandri de la municipalidad de Santiago, y por 29 dispensadores, para dar un ejemplo, para la universidad Diego Portales.

Tener dispensadores con condones para pene, en este caso - estamos elaborando los dispensadores con condones femeninos, pero como saben ahí hay un problema de género, entonces, la diferencia de precios entre uno y otro es abismante, pero igualmente se está haciendo-, es una respuesta para que los estudiantes y las personas en general, en espacios privados, sin ser sometidos a juicios valóricos de ningún tipo, adquieran por 200 pesos un condón, y digo 200 pesos porque el precio importa cuando se compran. Los dispensadores que traemos están confeccionados para dos monedas de 100 pesos nuevas, y los estudiantes pueden sacar por 200 pesos un condón.

El alcalde Durán el viernes pasado dijo que al principio, aunque hagan globitos y los saquen para jugar, será un primer paso, y luego se acostumbrarán a que tendrán un método de prevención.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Entonces, en Independencia, Santiago y en la Universidad Diego Portales.

La señora **SOLIS** (doña Débora).- Sí, pero también estamos en Caldera, y hay varios otros municipios que los están solicitando.

Lo segundo, en relación con lo que decía la ministra, es que la idea de un plan de intervención en educación integral de la sexualidad es una política muy antigua, que se ha realizado desde la década del 90. Espero que el Ministerio de Educación tome en cuenta las evaluaciones que existen al respecto. Hubo una iniciativa que se llamó Plan Piloto de Sexualidad Responsable que involucraba al Injuv, al Ministerio de Salud y al Ministerio de Educación. La iniciativa fue evaluada en ocho comunas y yo, en verdad, esperarí que no se invente de nuevo

una política que en esa ocasión tuvo una sistematización a través de la Universidad de Chile, muy juiciosa en relación con cuáles son las cosas que sirven y cuáles no.

Eso quiero señalar antes de mi presentación.

Aprofa es una institución que tiene tres áreas de trabajo: una, en salud en la que tenemos puntos de prestación de servicios a población adolescente, en general a una población que está fuera de la política pública, población más bien vulnerable. Tenemos un equipo de pedagogos y curriculistas en materia de educación integral de la sexualidad. Somos importadores - tenemos categoría de droguería- de métodos anticonceptivos y métodos de barrera a precios justos.

Según el estudio de la Universidad Católica, por ejemplo, en relación con nuestros métodos de barrera, somos quienes ofrecemos métodos con mayor calidad y menor precio en Chile.

No quiero hablar sobre datos, porque supongo que ha venido mucha gente a hablar de eso y ustedes ya son conocedores, sino que quiero hablar sobre la cotidianeidad del trabajo de Aprofa.

A través de sus líneas de intervención, estamos en nueve regiones del país. A nosotros nos parece particularmente preocupante lo que se vive en las unidades educativas. Aquí, hacer un par de alcances.

El primero, tiene que ver con que hay un estudio internacional, realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo, que es donde nosotros participamos. Hicimos un análisis en relación con tres marcos curriculares, en Costa Rica, en Ecuador y en Chile. Sin duda, nuestro marco curricular, o sea, lo que rige el aprendizaje, la enseñanza en nuestro país es el marco curricular más rico en materia de oportunidades curriculares para hablar de sexualidad, de afectividad y de género.

Como institución tenemos una apuesta curricular desde preescolar hasta cuarto medio con todos los actores del sistema educativo, creemos que la familia juega un rol fundamental y tenemos una línea de trabajo específica con ella. Sin embargo, las intervenciones que hemos ido realizando, a través del Ministerio de Educación, nos dicen que todos los agentes que no son profesionales, el inspector, el que cuida el patio, el que cuida el comedor, que son aquellos asistentes de la educación no profesionales, son determinantes en el momento de la conversación con las estudiantes y los estudiantes.

Ese es un grupo de población altamente sensible para una formación. O sea, según el estudio, que también debe tener el

Ministerio de Educación, las y los estudiantes tienen mayor acercamiento y confianza con los asistentes de la educación que con su profesor jefe. Se sienten más en confianza, no es que crean que sepan más, pero les da mayor seguridad en confidencialidad, etcétera.

En Aprofa, hemos desarrollado un trabajo con estudiantes, con escuelas, con comunidades en general, y lo que podemos asegurar es que en este caso, bien transversalmente a nivel socioeconómico, hay una profunda desinformación con respecto al virus. Les podría decir que, por ejemplo, saqué algunos testimonios que vamos recolectando, en que una niña de octavo básico de un colegio particular pagado de Ñuñoa, en mayo, el mes pasado nos aseguraba que tener sexo anal era la mejor manera de no quedar embarazada y que en ese sentido el uso del condón estaba demás. Cuando sabemos que una de las formas más propicias para infectarse con el virus es el sexo anal.

Las y los estudiantes no hacen correlación entre el uso del preservativo masculino y la adquisición de algún virus o alguna infección de transmisión sexual, sino que hoy yo podría decir que casi de manera generalizada, lamentablemente, está asociado estrictamente a prevenir el embarazo. Entonces, las cifras dan cuenta de una realidad bastante cotidiana.

Docentes de diferentes partes del país coinciden en que la principal forma de transmisión del virus es a través de un mosquito.

Nosotros como somos pedagogos, sicólogas, personas especialistas en currículo lo que hemos hecho, en materia de educación integral de la sexualidad, es que primero tenemos algunas condiciones. La formación a los docentes es una formación presencial y no vía virtual, porque cuando se habla de sexualidad interpela la biografía que cada uno de nosotros traemos. Entonces, eso desde la distancia es difícil deconstruirlo, sino que es más fácil trabajarlo en un espacio en el que se conversa con la profesora o con el profesor y ella puede decantar aquellos sustos, miedos, con los cuales cada uno de nosotros fuimos formados.

Hacemos un aprendizaje y una enseñanza de transmisión de VIH, en este caso, asociada estrictamente al currículo. Nosotros no creemos en crear una asignatura nueva, creemos que el marco curricular tiene tremendas posibilidades desde prekínder hasta cuarto año medio en distintas asignaturas y así lo hemos visibilizado. En inglés podemos hablar de contagio de VIH a

través de una forma metodológica, canciones en inglés; en educación tecnológica, a propósito de objeto tecnológico, en quinto básico la lavadora, podemos hablar de tener una vida sexual sana, protegida. O sea, nuestro marco curricular nos entrega las posibilidades.

¿Dónde está, según nuestra experiencia, la mayor dificultad? Esta tiene que ver con que los docentes no tienen la información actualizada, y eso tiene una tremenda justificación. Cuando nosotros pasamos por las escuelas de pedagogía nunca nadie vinculó nuestra tarea con sexualidad, con afectividad, con género.

Entonces, otra vez, luego, pedimos al docente que sepa cómo se contagia el VIH si eso nunca estuvo en su formación inicial. Por eso nos parece muy potente que a la par de instalar dispensadores en una universidad hayamos firmado un acuerdo, por ejemplo, en este caso, con la Universidad Diego Portales para realizar un electivo para todos los estudiantes, independiente de la especialidad que hacen en educación, para hacer educación integral de la sexualidad.

He dado un ejemplo de estudiantes, he dado un ejemplo de docentes en relación con el virus y a propósito de eso, generamos material educativo especial para séptimo básico en que nuestro marco curricular refiere en planes y programas de manera más clara la prevención de VIH, es en séptimo básico y segundo medio. En los otros espacios, en las otras asignaturas, tenemos muchísimas oportunidades curriculares, pero aquí la unidad se llama específicamente prevención de VIH e infecciones de transmisión sexual.

Entonces, lo que hicimos ahí fue adosarle a nuestro plan de formación a docentes un material curricular, pedagógico que les permita trabajar con sus estudiantes.

En ese sentido, según nuestro juicio, tenemos nuevamente dos grandes problemas: el primero, es que para hablar de prevención de VIH, hay que hablar de sexualidad; el segundo, es que tenemos que ser capaces de escuchar a los docentes y, fundamentalmente, a los estudiantes.

Cuando se trabaja con estudiantes, cualquiera sea la dependencia administrativa de su establecimiento educativo, no se termina de sorprender. Por ejemplo, que estudiantes de octavo básico hagan preguntas en relación con el sexo anal, porque si uno piensa la vida como uno la vivió, eso le parece absolutamente inusual, escandaloso, pero aprender a escuchar a

los estudiantes significa también escucharles de cómo ellos viven su propia sexualidad y generar políticas que tengan sentido para ellos.

Entonces, a mí y como Aprofa, nos parece que la abstinencia es la mejor forma para no contraer el virus, pero esa no es la realidad de nuestras escuelas, no es la realidad de nuestros estudiantes.

Por ejemplo, a través de esta niña de octavo básico, del colegio de Ñuñoa, descubrí que la forma que ellas usan para prevenir un embarazo es teniendo sexo anal, pero no tienen ninguna información respecto de lo que significa ese tipo de sexo para el contagio del virus.

Tenemos un programa de formación para las familias.

Las familias, lamentablemente, dicen cosas igual de desinformadas, porque no han sido acompañadas para ser madres ni padres ni para acompañar a nuestros hijos e hijas. Entonces, lo que aparece con más fuerza con las familias es que acompañan a sus hijas a buscar pastillas anticonceptivas porque estas previenen que se contagie de alguna infección de transmisión sexual. Empiezan a asociar un montón de cosas que son absolutamente inexactas y que podrían posibilitar el contagio. ¿Cuáles son las recomendaciones de nuestra institución?

En principio adherimos absolutamente a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en relación con que las políticas públicas tienen que salir de los mal llamados, según nosotros, grupos de riesgo.

La instalación del discurso que hacemos hoy desde Aprofa es que todos los chilenos estamos en riesgo. Por consiguiente, no se vale seguir fomentando e invirtiendo millones de pesos en campañas comunicacionales centradas en hombres que tienen sexo con hombres, en poblaciones migrantes, etcétera.

Tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud, creemos que hay que hacer campañas comunicacionales de educación que generen sentido a los distintos grupos de población, por ejemplo, que el condón masculino y el condón femenino son métodos de barrera altamente eficaces en la prevención. Asimismo, que tienen que estar disponibles para toda la población porque todas las personas, independientemente de su edad o de su orientación sexual, podrían estar expuestas al contagio de VIH.

En Aprofa tenemos la aplicación del test rápido y hemos hecho operativos.

Solo para ilustrar, el año pasado, cuando realizamos el operativo en la Universidad de Santiago, teníamos la posibilidad de hacer 400 tomas -no teníamos más recursos para hacerlo de manera gratuita- y proyectamos una convocatoria de tres días en nuestra web, pero a la hora y media tuvimos que bajar la convocatoria porque teníamos sobre 1.500 personas que se querían hacer el test.

Por lo tanto, hay voluntad de querer hacerse el test, pero hay mucho desconocimiento de dónde se puede hacer y, además, hay un tema de recursos, que tiene que ver con que si tengo que pagar el test y si voy a un espacio que no me garantiza confidencialidad o seguridad, entonces no me lo hago.

A través de nuestros centros de salud la experiencia nos indica que el personal médico no está familiarizado con los test de VIH ni tampoco con el test rápido. A partir de ello, hemos generado procesos de formación para los profesionales de la salud en estos temas. Recién el viernes pasado terminamos un proceso de formación de consejeros de VIH e ITS para personas que trabajan en el mundo de la salud.

Nuestra primera recomendación es salir del mito de los grupos de riesgo; la segunda tiene que ver con poner las tomas de muestra de VIH al acceso real de la población; la tercera es poner métodos de barrera y lubricantes en lugares masivos a través, por ejemplo, de una alternativa que estamos implementando, que tiene que ver con los dispensadores, y educación integral de la sexualidad desde preescolar hasta cuarto medio.

Una cuestión que está muy asentada en las docentes y en los docentes del país -no me extrañan los datos que entregó la ministra- es que tener un programa de educación y sexualidad es tener algún contenido biologicista o de reproducción en el marco curricular.

En ese sentido, nuestra experiencia es que los establecimientos no reconocen qué es lo que necesitan, entonces es anterior a decir los establecimientos deciden qué tipo de política en educación y sexualidad quieren tener.

Si no hay recursos y no hay formación, los establecimientos, incluidos los sostenedores, no saben reconocer cuál es el diagnóstico de su establecimiento para poder implementar un programa.

Otra cosa que recomendamos es un marco curricular con amplias posibilidades de intervención, sin necesidad de una asignatura

específica, formación masiva a todos los docentes. Yo veía los cuarenta o sesenta conversatorios que plantea la ministra. Tenemos sobre 3 millones o más de docentes en el país, por lo tanto, la cobertura tiene que llegar verdaderamente a todos y a todas.

El año pasado estuve en formación con 32 docentes de Tierra del Fuego. Ahí hay una alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual. A esos lugares hay que llegar. De alguna manera es obligación del Estado, creo yo, tener que llegar.

Formación a las familias. Las familias tienen tantos mitos y estereotipos como los docentes. Por lo tanto, cuando uno trabaja directamente con ellos de verdad se transforman en colaboradores en la formación de sus hijos y de sus hijas en el tema; plantean cuestiones absolutamente naturales y básicas de cualquier mamá o papá, por ejemplo, estoy siempre tentada a preguntarle si ha usado o no condones; no le quiero poner condones en el baño, porque eso puede promover que tenga relaciones sexuales, etcétera.

Los docentes no saben de VIH y tampoco reconocen oportunidades para ellos en sus planes y programas. Por eso, nuestra recomendación es hacer una formación bien alineada con el currículum.

La formación inicial para personas que se están formando en pedagogía es una demanda histórica de los años 90. Todo lo que uno pueda leer para atrás da cuenta de por qué estas temáticas no son parte de la formación inicial.

Para terminar mi intervención, quiero decir que saludo la iniciativa de esta Comisión; sin embargo, debo reconocer que me desalienta un poco tener que estar, como tantas veces, justificando la necesidad de que los y las jóvenes, las niñas y los niños, puedan tener información para tomar decisiones en libertad.

En el estudio que hicimos en 2005 desde el Ministerio de Educación, hay una población de altísimo riesgo, que tiene que ver con las niñas en situación de discapacidad intelectual. No escuché nada de eso en la propuesta del Ministerio de Educación.

No conozco datos vinculados a infecciones de transmisión sexual o de VIH, pero conozco, porque participé de esa investigación, los datos con respecto a embarazos en niñas que habían sido madres.

Desde luego, lo que hay detrás de eso es abuso sexual, y esa temática requiere un acompañamiento específico, no solo a las educadoras de educación diferencial que, al igual que las otras, no tienen formación en esto, sino que fundamentalmente a las familias que están muy desprotegidas en materia de cómo viven la sexualidad, porque la viven, niños y niñas en situación de discapacidad intelectual.

Muchas gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Intensa exposición. Se lo agradecemos.

A propósito de lo que usted planteó, nos aparecieron varias preguntas nuevas que podríamos haberle hecho a la ministra y que tendremos que hacerlas en la discusión del proyecto.

Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Agradezco la exposición de Aprofa. Es una agrupación conocida desde hace muchos años en Chile y durante mucho tiempo sostuvo las primeras iniciativas de educación sexual en el país. Estoy hablando de hace muchísimos años. Entonces, es evidente que la experiencia acumulada es algo que enriquece mucho el debate.

Por ello, agradezco siempre que puedo la labor que ha hecho Aprofa durante todos estos años en Chile, y obviamente en esta comisión, y espero que también estén presentes en la discusión del proyecto de ley, porque si algo tiene de positivo en esencia ese proyecto es que nuevamente va a poner sobre la mesa la discusión de lo que necesitamos en materia de educación sexual. Sé que queda corto.

La invitada señala la necesidad de la educación sexual desde la educación prebásica. Eso es algo que también muchos hemos planteado hace tiempo, pero sabemos que el país está atrasado. Todavía estamos con obligatoriedad en primero medio. Avanzar a quinto básico termina siendo un avance importante, pero espero que termine donde debe ser, que es en la educación prebásica, y para eso se requiere seguir discutiendo constantemente respecto de esta materia.

Lo otro que me parece interesante es que va a haber algunos mínimos que van a establecer por lo menos obligatoriedad de transmitir información suficiente a los jóvenes. Ahí Aprofa tiene mucho que aportar. Sería muy bueno que cosas que han planteado en la comisión puedan ser discutidas en el contexto del debate del proyecto de ley, porque va a ayudarnos a enriquecerlo mucho.

También es importante discutir la sexualidad en personas con discapacidad intelectual, así como también la sexualidad en nuestros adultos mayores, que son temas muy poco relevados. La preocupación es por la sexualidad adolescente y nos olvidamos de ese segmento etario, que también vive su sexualidad, pero de la peor manera, porque hay mucho desconocimiento, porque hay temor y por un millón de otras cosas que hacen que nos despreocupemos de esos segmentos de la población.

Entonces, más que insistir en preguntas, creo que en esa discusión vamos a tener la posibilidad de dialogar mucho más para enriquecer el proyecto de ley.

Muchas gracias.

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

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señorita Presidenta, quiero saber si Aprofa es una ONG.

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

La señora **SOLÍS** (doña Débora).- Señorita Presidenta, somos una fundación sin fines de lucro.

El señor **CELIS** (don Andrés).- ¿Y cómo se financian? Me llama la atención, porque hay un lugar donde ustedes venden distintos tipos de anticonceptivos, anticonceptivos femeninos y otros más íntimos. También venden poleras, pañoletas, en fin.

Entonces, ¿cómo se financian? ¿Tienen algún tipo de conflicto de intereses con las políticas públicas? Porque, por lo que veo en la página, hay un tab "Sala de Ventas" que despliega la opción "Tienda", donde me encuentro con una serie de opciones, como material educativo, venta de gel espermicida Caya, Caya diafragma anticonceptivo, condón masculino, etcétera. Es legítimo que lo vendan, pero, para sincerar en esta comisión, sería bueno saber si tienen algún tipo de conflicto de intereses. La idea es que quede claro, porque estamos hablando de un tema de salud pública y de políticas públicas.

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

La señora **SOLÍS** (doña Débora).- Señorita Presidenta, Aprofa nace en 1964. Una de sus misiones es aportar a la política pública.

Históricamente hemos trabajado con los ministerios. O sea, cuando yo digo que hemos recorrido Chile haciendo educación

integral de la sexualidad, muchas de esas veces han sido en conjunto con el Ministerio de Educación.

La verdad es que, en materia de políticas públicas, a nosotros nos interesa avanzar en la sexualidad en general, afectividad y género, pero también nos gustaría desaparecer si es que algún día el Estado se hace responsable en estos ámbitos.

Respecto de la pregunta, no tenemos conflicto de intereses con los ministerios. De hecho, Aprofa, el año pasado, generó una donación al Ministerio de Salud de 8.500 combipack de mifepristona y misopostrol, equivalente a 300.000 dólares, con el fin de mejorar la interrupción voluntaria del embarazo.

O sea, no solamente trabajamos en conjunto con los ministerios, sino que tenemos la capacidad, a través de nuestros vínculos con fabricantes en el extranjero, de hacer donaciones a la política pública para tener una mejor atención a las personas. Nos financiamos con la venta a través de Comercio Justo. Tenemos categoría de droguería. Vendemos todo tipo de métodos anticonceptivos, más barato que en cualquier parte del mercado, y también métodos de barrera, como los espermicidas y lubricantes. También vendemos juguetes sexuales, porque creemos que el placer forma parte de la sexualidad, no solamente los problemas asociados a la sexualidad, sino las oportunidades asociadas a la sexualidad.

Espero haber respondido a su pregunta.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Corresponde recibir al señor Jaime Burrows, ex subsecretario de Salud Pública.

Bienvenido a la comisión.

Puede hacer uso de la palabra.

El señor **BURROWS**.- Señorita Presidenta, muchas gracias por la invitación.

Por su intermedio saludo a las diputadas y diputados integrantes de la comisión.

Antes de comenzar la presentación, debo decir, respecto de la consulta que se le formuló a la ministra de Educación, en cuanto a la obligatoriedad del expendio de condones en los establecimientos educacionales, que estoy en desacuerdo con que no se pueda obligar a tomar medidas de salud. En algún punto uno puede comparar las medidas de salud pública con medidas que se han tomado. Esto es como decir que depende del sostenedor tener baños o agua potable en el establecimiento. Si no los tiene, no puede funcionar.

Creo que hay ciertas situaciones, como el acceso a la salud, en que se tienen que tomar medidas basadas en la ley, de lo contrario, los establecimientos no las van a adoptar. Así lo hicimos con el etiquetado de alimentos. De más de 10.000 establecimientos educativos a nivel nacional, antes de la ley de etiquetado no teníamos más de quinientos con quioscos saludables.

Por lo tanto, cuando se plantean medidas como estas, creo que sí hay cierto espacio, no dentro del ámbito de la educación, sino del sanitario propiamente tal, donde el Estado puede hacer valer sus facultades constitucionales para hacer obligatorias tales medidas.

En cuanto a la presentación, como no tenía un set de preguntas, la preparé de acuerdo a mi interpretación de las intervenciones anteriores.

La primera imagen es una que conocen muy bien, que es la tendencia, tanto de aumento de incidencia como de prevalencia de VIH en nuestro país, que es el problema que nos preocupa a todos, especialmente porque la curva se ha ido haciendo cada vez más pronunciada hacia el aumento. Ciertamente, si se compara la curva con los números internacionales, muestra una incidencia en disminución, o sea, el número de casos nuevos ha ido disminuyendo en el mundo, y una cierta tendencia a la estabilización en la prevalencia.

En todo caso, el primer punto sobre el cual quiero llamar la atención, es que estas son cifras que hay que desagregar, porque si se separa a los países que tienen un bajo nivel de índice sociodemográfico, que es el índice de desarrollo humano, sacando los problemas de salud, para hacer comparables las políticas de salud y la situación de salud, es en esos donde se marca la gran disminución. En los países que están en un nivel medio tiende a haber una cierta estabilización; en los países de medio-alto, la verdad es que, en los últimos años, desde el 2008, lo que se verifica es un aumento, tanto de la prevalencia como de la incidencia; y en los países de más alto índice se tiende a una disminución, pero que es muy gradual.

¿Dónde está nuestro país? Está en este grupo, porque somos un país de desarrollo socio demográfico medio-alto y, por lo tanto, si nos comparamos con el resto de los países que están en la misma situación, estamos equivalentes.

En la lámina podemos ver cuáles son los otros países que están en este mismo grupo. Desde México, la gran mayoría de los

países de nuestra región, países del sur de Europa, los países del este europeo, algunos países de Asia y de África son los que componen este grupo de nivel de índice socio demográfico intermedio-alto.

Ahora, si se observa la prevalencia -los gráficos anteriores eran de incidencia- hay una disminución en los más bajos; hay un aumento leve en los medios; hay un aumento más marcado en los medios-altos; pero también existe un aumento en la prevalencia en los más altos.

Entonces, uno se tiene que preguntar, ¿qué es lo que está pasando acá? En el globo decimos: en el mundo está disminuyendo el VIH, pero si uno se focaliza y empieza a mirar el porqué se produce este efecto mundo, es debido a que en los países que tienen más bajo nivel de desarrollo coincide que son los países que tenían unos altísimos números de personas, una altísima prevalencia, en los cuales las medidas más básicas o más fáciles de implementar tienen un gran impacto. Por ejemplo, hacer accesible el condón o empezar a tomar algunas medidas como tratamiento.

En consecuencia, tienen un gran impacto y, por lo tanto, empiezan a disminuir; en cambio, en aquellos países que tienen mayor desarrollo, en donde la prevalencia es mucho menor, como sabemos en nuestro país -ya lo presentó en una exposición anterior el doctor Calvo-, estamos como en el lugar 84, más o menos, de prevalencia respecto de los países, ciertamente estamos en un punto que coincide con otros países de nuestro nivel de desarrollo de persistir con el aumento. ¿Por qué? Porque todavía estamos en esa etapa en que está aumentado la sobrevida por el acceso al tratamiento y, por lo tanto, hay un mayor número de personas vivas con VIH y, sin embargo, hay un número de personas que, viviendo con VIH, no están libres de estar contagiando porque el tratamiento no ha sido tan eficaz como debiera ser para disminuir la transmisión.

El índice que figura en esta lámina, es un índice razón-incidencia-prevalencia que relaciona -y este es el caso de nuestro país- cómo fuimos disminuyendo, importantemente, la incidencia versus la prevalencia, hasta llegar a un punto de estabilización, prácticamente. Este punto de estabilización quiere decir que no hemos sido capaces de disminuir el número de personas nuevas que se contagian versus el número de personas que están teniendo la enfermedad. Eso tiene que ver,

mucho más, con la prevención secundaria y terciaria que con la prevención primaria.

Además, en estos países, de los cuales Chile no es ajeno -esta es una información relevante, respecto de la cual puede haber opiniones distintas de lo que se debe hacer- el crecimiento de los últimos años también tiene un componente importante, cual es el la inmigración, inmigración que en algún momento se ha producido desde países que tienen alta prevalencia como es Haití, y que hace ingresar a un número importante de personas que no conocían su estado o, conociendo su estado, migraron igual para acceder a un tratamiento, porque en su país no podían. Es el caso también de Venezuela.

Quiero hacer un paréntesis. Esto fue un tema que en el gobierno de la Presidenta Bachelet no se discutió públicamente, pero, ¡claro! ahora ya se planteó y es algo que no se puede esconder, pero tampoco se debe dar el mensaje de que el crecimiento es culpa de los inmigrantes, como si hubiera una responsabilidad en el tema del contagio, toda vez que la responsabilidad sigue siendo del Estado de proveer los medios para mejorar los diagnósticos y el acceso a los tratamientos.

Pero no solo eso, sino que, además, desde el punto de vista ético, la convicción que se tenía en el gobierno anterior es que las personas que vienen a nuestro país acceden a la salud porque, además, trabajan y como cualquier otra persona chilena también, al acceder a un trabajo, cotizan y tienen su seguridad de salud, y están inmersa en un sistema de acceso a todas las medidas de salud pública.

Por lo tanto, no se puede hacer una diferenciación entre las personas que vienen desde afuera a trabajar respecto de las personas que son, originalmente, habitantes de nuestro país. Lo que tenemos que hacer es hacernos cargo de los beneficios de la inmigración, pero también hacernos cargo de los problemas secundarios que pueda tener esa inmigración con las características que tengan.

Es más, el gobierno no separó este tema de las directrices de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud, que están expresados explícitamente en el Código Sanitario Internacional que nuestro país adoptó en 2007 y que, además, es ley de la República, en virtud de lo cual no podemos discriminar respecto de los inmigrantes por razones de salud. Eso es superclaro, amén de que con esto concordamos absolutamente.

¿Qué otro antecedente epidemiológico importante del fenómeno de VIH Sida tenemos en nuestro país? En que sigue siendo una epidemia concentrada en que la mayor parte de los pacientes que se contagian con VIH son hombres que tienen sexo con hombres.

En segundo lugar, están las mujeres trabajadoras sexuales. Recuerdo una reunión con las representantes de las mujeres trabajadoras sexuales y ellas mismas identificaron la llegada de un gran número de personas que se dedicaban al comercio sexual de otros países que no tenían la misma formación y educación en prevención de enfermedades de transmisión sexual versus las que tenían las trabajadoras chilenas. En esto hay que ser superclaros, porque fue muy importante el gran trabajo de colaboración que se hizo durante la década de fines de los 80 y sobre todo en los 90, entre las autoridades de salud y las trabajadoras sexuales para frenar la epidemia del VIH. Por consiguiente, la cultura de nuestras trabajadoras sexuales es bastante más preventiva que la que se tiene en otros países de Latinoamérica.

En esta lámina se aprecian los planteamientos que han hecho la OMS y Onusida para este cambio hacia a una acción acelerada para el 90-90-90, en el sentido de que el 90 por ciento de las personas que viven con VIH sean diagnosticadas; el 90 por ciento de las personas diagnosticadas accedan al tratamiento; y el 90 por ciento de las personas en tratamiento logren una carga viral indetectable. Por eso planteo que es importante, por el tema de la transmisión de las personas que ya están, incluso, en tratamiento.

Las herramientas que plantea la OMS es continuar con la focalización de las acciones, sobre todo en países como el nuestro, en que la epidemia está focalizada; implementar y apoyar iniciativas espacios-locales con participación activa de los grupos involucrados; ampliar el acceso a tratamiento antirretrovirales para las personas que viven con VIH; comenzar el tratamiento inmediatamente desde el diagnóstico; utilizar estrategias de reducción de daños ofreciendo, de manera focalizada, profilaxis antirretroviral pre y post exposición a quienes han tenido exposición sexual de riesgo sin condón.

El 45 por ciento de las nuevas infecciones por VIH a escala mundial se produce entre personas de los grupos de población clave, y en nuestro país es más alto el porcentaje, es prácticamente un 60 por ciento.

¿Cómo enfrentamos el problema del VIH? Esto fue evolucionando en los cuatro años. Evidentemente, hay una cierta curva de aprendizaje y de recomposición del trabajo, sobre todo con las organizaciones no gubernamentales.

Se trata de un trabajo que estaba quebrado cuando asumimos, se había dejado de lado; por ello, hubo que regenerar confianzas, establecer mesas de trabajo, etcétera.

Básicamente, el trabajo se fundamenta en dos ámbitos: el de la prevención de la transmisión y el de un continuo de la atención integral a quienes viven con el virus VIH.

En cuanto a la prevención, se empezó a trabajar en la capacitación de los equipos de salud para la normalización y no discriminación de las personas que viven con VIH; generar intervenciones en conjunto con organizaciones de la sociedad civil, en lugares y espacios de encuentro de las poblaciones claves. Incluso, presentamos iniciativas de inversión para generar espacios propios en los que se pudiera replicar el modelo Criaps que existe en la Región Metropolitana y también en Arica. La idea era replicarlo en Iquique, Antofagasta y Valparaíso, que son las otras cabezas de las regiones en donde el problema del VIH es mayor.

Asimismo, se buscó ampliar la disponibilidad de condones a toda la población, con un foco especial en los jóvenes y adolescentes, dentro y fuera del sistema de salud, evidentemente dentro del sistema educacional; se trabajó en el acceso a diagnóstico precoz con test instrumentales o rápidos, en el sector salud y en las organizaciones de la sociedad civil con las que trabajábamos; incorporar la oferta de profilaxis preexposición y el acceso de tratamiento antirretroviral para todas las personas diagnosticadas.

Respecto de la atención de las personas con VIH, en 2016 estaban recibiendo tratamiento 32.700 personas. Una de las primeras medidas que debimos implementar se debió a que en el país se estaban ocupando 553 esquemas distintos de tratamiento antirretroviral.

¿Cuál es el problema de esa cantidad de esquemas? Primero, que no servía para hacer un adecuado seguimiento de cuáles eran los esquemas que estaban sirviendo; segundo, que se estaban utilizando en algunos esquemas ciertos tratamientos que estaban obsoletos y que no había razón para ocuparlos y, tercero, que la indicación errada de tratamientos que eran muy caros no nos permitían hacer un uso más eficiente de los recursos.

Por lo tanto, terminamos definiendo trece esquemas que son de primera línea y que corresponden a los esquemas actualmente contenidos en la guía clínica.

También, trabajamos en terminar la transmisión vertical, con diagnósticos y tratamientos que nos permitieran declarar a nuestro país con eliminación de la transmisión vertical de VIH en el breve plazo. Entregamos los antecedentes a la OPS, pero la administración siguiente no continuó con el trabajo y, por lo tanto, quedó en nada. No obstante, debiéramos ser reconocidos como un país libre de transmisión vertical.

En la presentación se puede apreciar nuestra realidad, qué tan cerca estamos del 90-90-90. De la estimación de las personas que tenemos viviendo con VIH, entre 65.000 y 67.000, 64 por ciento está diagnosticado -casi 65 por ciento-, de ellos están en tratamiento antirretroviral el 78,7 por ciento y con carga viral suprimida, de los que están en tratamiento, el 90 por ciento.

Esto ha ido cambiando a través de los años, hemos mejorado el acceso a los tratamientos, lo cual también es muy importante. En la lámina se muestra una publicación de Beltrán y otros infectólogos, en la Revista Chilena de Infectología, la cual muestra por quinquenio cómo ha ido evolucionando el inicio de la terapia, pues originalmente la mayoría de las terapias se iniciaban con un recuento de CD4 menor a 200 o 45 por ciento. Cada vez ha ido haciéndose más precoz el acceso al tratamiento, iniciándose con un mayor número de personas con más de 500 CD4.

En el próximo quinquenio, estos resultados deberían pegarse un salto cualitativo, por cuanto responden a la existencia de una norma que decía que el tratamiento debía ser indicado cuando la persona tuviera menos de una cierta cantidad de linfocitos T CD4, lo cual se modificó en el decreto GES, de 2016.

El marco de trabajo en las políticas públicas, 2016-2017; cómo se ordena en los ámbitos de tareas, en el ámbito biomédico, medidas estructurales y temas que tienen que ver con el comportamiento de las personas.

Seguimos trabajando en el tema de las campañas; hicimos evaluaciones del impacto que tenían las campañas públicas y uno de los elementos con que nos encontramos es que tienen un alcance bastante menor de lo que tenían originalmente: 4.200.000 personas, cuando uno esperaría que alcanzara a

17.000.000 de chilenos, porque en la práctica todos tienen acceso a la televisión en nuestro país.

La recomendación del Instituto de la Comunicación e Imagen de la Universidad de Chile y de otros expertos, con quienes hicimos un seminario a fines de 2016, fue que debíamos, más que potenciar la campaña nacional, potenciar las campañas regionales y el trabajo local con los grupos de riesgo. Por eso se empezó a tratar de incorporar plataformas y redes sociales, a trabajar más y a transferir más recursos a las seremis de salud, lo que no fue fácil, porque el presupuesto de la subsecretaría de Salud es bastante exiguo.

Reinstalamos las mesas de trabajo en VIH: la mesa de participación nacional de VIH y derechos humanos, la mesa nacional de personas trans, VIH derechos humanos y salud, y una mesa nacional de pueblos indígenas.

Desde el punto de vista de los productos, logramos la actualización de la Guía de Práctica Clínica de VIH; hicimos un análisis para hacer un cambio en la estrategia de atención integral; actualizamos las orientaciones técnicas para la entrega y monitoreo de condones en las actividades promoción y prevención comunitarias; se aprobó la modificación de la ley N° 19.779 para permitir la toma de exámenes a personas de edad igual o superior a 14 años, pero menor a 18 años, sin la autorización de sus padres; implementamos rápidamente el reglamento para poner en práctica dicha modificación en los centros de atención y la participación social en todas las campañas comunicacionales del ministerio.

Asimismo, tratamos de fortalecer la respuesta regional integrada, actualizamos las directrices e implementamos 15 planes de trabajo. En algunas regiones, había desaparecido la respuesta integrada VIH y algunas tenían destinados solo 40.000 pesos de presupuesto en 2014; por lo tanto, hubo que hacer todo un trabajo para volver a levantar nuestra respuesta integrada en todas las regiones, mediante acciones focalizadas, como se plantea en la presentación.

En cuanto a la dispensación de preservativos, hubo un aumento importante del aporte, un cambio de las directrices y del tipo de condones que se entregaban.

Se empezó a trabajar en la estrategia de terapia de preexposición y quedó en fase de validación por grupo de expertos. Todo quedó listo para empezar a ser implementado.

Respecto del acceso al examen del VIH, se envió una circular, tratando de facilitar el acceso al diagnóstico de VIH en la red asistencial, y se empezaron a cambiar los flujogramas para tener un mejor acceso al tamizaje.

En ese sentido, también hay un tema técnico respecto de la utilización de los test rápido como una política de salud pública, porque, al no tener ciento por ciento de sensibilidad y especificidad un test de screening, uno debe tener siempre la disponibilidad del test confirmatorio y, dependiendo de la sensibilidad y especificidad del test rápido utilizado, con la baja prevalencia que como país tenemos, es muy altamente probable que muchos exámenes de test rápido en realidad sean falsos positivos, por lo tanto necesariamente deben pasar por un segundo examen para descartar si efectivamente es un falso positivo o confirmar si es una persona con VIH. Para eso, debe quedar un esquema y no simplemente ponerse a hacer test rápidos sin tener claridad respecto de qué se va a hacer después con las personas que tienen el test rápido positivo.

También empezamos a pilotear estos algoritmos de trabajo y los protocolos en Arica, en el servicio metropolitano suroriente y el metropolitano central.

Ya señalamos el tema del test para los mayores de 14 años y menores de 18 años.

Avanzamos con el objetivo de ampliar la atención voluntaria en otros problemas de salud y la atención integral de las personas con VIH. Utilización de tecnología y la implementación de las guías GES nuevas a partir de marzo de 2018, que ya entraban en vigencia y que implicaban, por una parte, un esquema más ordenado de terapia y el hecho de que, diagnosticado el VIH, se inicia el tratamiento.

Eso implica una mejor calidad de vida, menos mortalidad, fortalecer la adherencia, menos efectos adversos porque ahora estamos ocupando mejores terapias antirretrovirales, menos toxicidad y sobre todo menor transmisión del VIH. Queda la planificación del proceso de implementación.

También tenemos el cambio de la guía clínica originalmente, que planteaba que se empiece el tratamiento antirretroviral si está en etapa C y tiene tantos linfocitos CD4, lo que hacía que se retrasara el inicio del tratamiento.

En la guía práctica nueva, se plantea simplemente adultos con VIH, también niños, y se recomienda el inicio inmediato de la

terapia antirretroviral por sobre un inicio diferido basado en deterioro clínico o inmunológico.

La siguiente imagen muestra otras políticas respecto de las infecciones de transmisión sexual, que tienen que ver con la vacunación VPH, hepatitis B, profilaxis ocular, profilaxis por exposición y protocolo de transmisión vertical.

Para terminar y reflejar todo lo que hicimos, el porcentaje de crecimiento que tuvimos como Subsecretaría de Salud Pública en los porcentajes de nuestros presupuestos, se puede apreciar que de un año a otro solo aumentábamos en 0.15 o 0.20 por ciento y esto es lo que nos aprobaban respecto de lo que solicitamos originalmente.

Hubo algunas iniciativas que, por ejemplo, tenían que ver con aumento de recursos para campañas de VIH tanto a nivel nacional como regional y para distintas medidas. Pero dentro del marco de restricción presupuestaria, finalmente esto era lo que resultaba aprobado.

Muchas gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Muchas gracias, don Jaime.

Tiene la palabra la diputada Olivera.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señorita Presidenta, primero que todo, pido disculpas por mi retraso, porque tuvimos reuniones desde muy temprano y ahora estábamos en el Senado defendiendo un proyecto que nos interesa bastante y que, además, se votó en general.

De lo que alcancé a escuchar de la presentación, me gustaría saber por qué los protocolos del PrEP mencionaban al ISP para el resultado de confirmación. ¿Cuánto tiempo demora en conocerse ese resultado? ¿Cuántos días, semanas o meses que pasan?

En cuanto a la realización del examen, entiendo que se realiza a niños mayores de 14 años y menores de 18 años. ¿Qué se hace en las edades menores de 14 años?

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En realidad, me pasan un montón de cosas con la exposición del señor Jaime González, primero, porque muchos de los antecedentes presentados ya los habíamos escuchado antes. La verdad es que me hubiese gustado escuchar más que lo planificado, lo ejecutado por quien le tocó, además, asumir una responsabilidad tan importante dentro del Ministerio de Salud en el gobierno anterior. ¿Por qué lo digo? Porque voy chequeando muchos

contenidos de las exposiciones y podemos coincidir en que era lo que había que hacer. Pero, ¿qué es lo que está hecho de eso? ¿Cuál es la autocrítica que usted tiene desde la Subsecretaría de Salud Pública en la ejecución de todo lo que se mostró que estaba planificado? Incluso, hay muchos datos. Usted, por ejemplo, entregó datos de las trabajadoras sexuales. Tenemos entendido de que, a lo menos, la Escuela de Salud Pública ha dicho que los índices de transmisión entre ellas son muy bajos, por lo tanto hay contradicción en algunos datos.

También habla de reglamentos que nunca se ejecutaron. Hay un índice que presentó al inicio. Incluso, comenté al diputado Torres que era la primera vez que abordábamos el análisis con un índice distinto, que tenía que ver con la realidad demográfica con países similares. Teniendo todos esos antecedentes a la mano, la planificación o implementación de lo que usted acaba de presentar fue planteado entre noviembre de 2017 y abril de 2018. Eso fue lo que se vio en la exposición. O sea, al final del periodo se iba a implementar todo aquello que se diagnostica y se acuerda que se debía hacer, que por supuesto fue en los últimos cuatro meses de gobierno.

Entonces, estamos ante una crisis, frente a una epidemia, en que a todos los presentes obviamente nos convoca y preocupa. La verdad es que queremos saber cuál es el nivel de responsabilidad que tiene usted en su cargo en particular, porque me imagino que cuando dice "hemos" o "hicimos" habla en nombre de un equipo ministerial del gobierno anterior. Pero hasta ahora todavía no he escuchado ni dimensionado las responsabilidades que ustedes tienen en lo que no se hizo, porque, al parecer, el camino a seguir estaba bien identificado. Pero, ¿qué pasó? ¿Por qué no se implementó todo aquello que estaba tan bien planificado?

Tiene la palabra la diputada Olivera.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señorita Presidenta, me faltó una pregunta. Lo que pasa es que cuando se habla del protocolo, tengo entendido que había un reglamento y que este fue retirado de la Contraloría General. Entonces, sería conveniente que el señor González ahondara más respecto del reglamento y de por qué fue retirado.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Alguna otra pregunta?

Tiene la palabra el señor González.

El señor **GONZÁLEZ**.- Señora Presidenta, probablemente a uno le gustaría que los tiempos hubiesen sido mucho más rápidos. Si se mira la evolución de lo que hemos planteado, que fueron las cosas que estuvimos haciendo, ello tiene que ver con los planteamientos que hace y adopta la Organización Mundial de la Salud, frente al problema que estábamos evidenciando. Por ejemplo, la estrategia del "90-90-90" o de empezar a tratar a todos los pacientes, como una recomendación de parte de los infectólogos, no es anterior al 2015. Entonces, respecto de la adopción de algunas medidas y de estrategias tuvimos que hacer cambios.

Ahora, para hacer cambios en un ámbito de salud pública tan importante, no se pueden hacer ni de la noche a la mañana ni por el buen o mal juicio de una determinada autoridad. Se deben involucrar -para eso estaban las mesas de trabajo- una serie de consultas y trabajo con distintos actores que requerían y que estaban participando.

Por ejemplo, en lo que se plantea acerca de la toma de exámenes para los menores de 18 años, eso requería una modificación de la ley. En 2014, desde el gobierno hicimos un planteamiento para modificar esa ley, en el marco de una agenda legislativa que también incorporaba otros temas. Logramos su aprobación en 2015 e inmediatamente nos pusimos a trabajar en el reglamento, que se encuentra actualmente en aplicación.

Respecto del protocolo que se habría retirado de la Contraloría, y que fue mencionado por la diputada Olivera, no sé a qué documento se refiere.

En cuanto a las terapias de preexposición y posexposición, el doctor Calvo, quien es un infectólogo reputado, planteó ante esta comisión que se mantiene vigente una discusión sobre lo ético y lo válido que puede ser la inversión de recursos para tratar con medicamentos caros un problema que tiene que ver en primer lugar con un cambio de conducta.

No existe una visión única sobre cómo abordar esos temas ni sobre las múltiples estrategias que es necesario diseñar. Se requirió un trabajo bastante complejo para hacer coincidir en un plan claro y definido la labor que estábamos encaminando.

Me gustaría que ese tipo de planes tuviera continuidad y trabajo en la forma de una política de Estado, pero no ha sido el caso, porque muchos de ellos se trivializaron al asumir la nueva administración y se perdió continuidad, y me temo que nos va pasar lo mismo que nos ocurrió durante el primer año de

gobierno, o que le va a pasar al próximo gobierno, es decir, encontrarse con un Ministerio de Salud en que el equipo de VIH prácticamente no existía, en que se había ido toda la gente y fue necesario reconstituirlo completamente con personas competentes, y esos son temas que demoran su tiempo.

Respecto de la autocrítica, creo que siempre se pueden hacer las cosas mejor. En un tema como este, quisiera haber logrado que los cambios se produjeran en tiempos menores, pero tengo la tranquilidad de conciencia de que dejamos en ejecución o suficientemente planificados todos los temas que nos planteamos, y con todo el sustento necesario para que fueran aplicados por la administración siguiente.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Nos va a dejar su presentación?

El señor **BURROWS**.- Sí.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señor Burrows, el objeto de esta comisión investigadora es identificar las responsabilidades políticas del grave aumento en casos de VIH. Lo que uno espera -voy a hablar a título personal- es que seamos lo suficientemente transparentes al venir a entregar la información, y también asumir la responsabilidad de aquello que no se hizo, porque planificar una intervención durante un gobierno de cuatro años para ejecutarla a cuatro meses de irse del gobierno es muy complejo.

Uno dice: ¿Cuánto de lo que se planificó se hizo?

En la situación en que estamos hoy, ¿cuánta responsabilidad le cabe al equipo que usted representó en algún momento en el ministerio?

No se trata de poner a personas en el asiento de los acusados, sino que cada uno representa a gestiones, pero como tengo la ventaja de ser independiente de los gobiernos actuales y del pasado, lo digo abiertamente.

Me preocupa que no existan niveles de autocrítica que nos permitan identificar responsabilidades y poner el foco donde necesitamos ponerlo para salir de esta crisis. Vamos a estar eternamente echándole la culpa a que no nos alcanzó el tiempo, a que estábamos muy encima y que no nos aprobaron los recursos, porque, según hemos coincidido en la mayoría de las exposiciones, en la presentación veo que la problemática está claramente identificada y los caminos a seguir también.

Entonces, ¿qué pasa entre el momento en que identifico lo que es necesario hacer y en que debo implementarlo y no lo hago? ¿Qué pasa ahí? Por eso lo planteo.

Por favor, don Jaime, no es algo personal ni mucho menos, pero esperaba que nos dijera qué habían hecho versus lo que habían planificado, más que contarnos lo que por distintas razones no se pudo hacer. De esa forma habríamos sabido hasta dónde dejaron el trabajo hecho y dónde tomó la posta de esa responsabilidad sanitaria el gobierno siguiente.

Eso habría esperado de su presentación. Se lo digo con todo respeto, pero es parte de lo que estamos investigando.

El señor **BURROWS**.- Por supuesto.

Con el mismo respeto, diputada, recibí un correo electrónico el pasado jueves, invitándome a la sesión de este día. Lo recibí mientras estaba en Argentina haciendo una presentación sobre la ley Ricarte Soto, norma que me correspondió gestionar e implementar. Debía volver el viernes para exponer sobre el etiquetado de alimentos, que también debí gestionar e implementar en nuestro país, y con un turno médico de por medio durante el fin de semana, del cual vengo. Se trata de una invitación en que mi asistencia no es obligatoria, pero por el respeto que le tengo al Congreso Nacional decidí venir de todas maneras.

Creo que es importante aportar los antecedentes, pero lo que usted me acaba de plantear, con todo respeto, no lo decía la invitación.

La invitación decía: "Venga". Podría haber asistido sin ninguna presentación a sentarme a escuchar sus preguntas, porque no podía adivinar lo que usted me ha planteado en su intervención. Los antecedentes de las acciones ejecutadas han sido tratados varias veces. El tema del VIH fue motivo de una sesión especial en la Cámara de Diputados en el periodo anterior, hubo presentaciones sobre lo que se había hecho, existen suficientes antecedentes, y si hay otros que no hubiesen sido entregados, y estuviera dentro de mis posibilidades entregarlos en este momento, no tendría ningún problema en hacerlo.

Sin embargo, si usted me pide que le diga cuál es mi responsabilidad en que el VIH esté aumentando en el país, creo que me pide más de lo que corresponde. Creo que, si quieren asignar algún tipo de responsabilidad, ustedes ya tienen los antecedentes y tendrán que evaluarlos.

Yo les planteo todo lo que hice, todo lo que el equipo del Ministerio de Salud hizo, cómo lo planificó, cómo lo ejecutó, cómo se asignaron prioridades, cómo abordamos los problemas, con toda la seriedad que caracterizó la gestión de la Subsecretaría de Salud Pública en los cuatro años que estuve a cargo, y los resultados son los que he tratado de mostrar.

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

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Señorita Presidenta, la invitación fue cursada el jueves porque recibimos la lista de los invitados el día anterior y los miércoles esta secretaría tiene sesiones durante todo el día. Por lo tanto, la invitación fue enviada el jueves en la mañana. No recibimos respuesta del invitado en orden a si venía o no venía, no confirmó. Están buscando el tenor literal de la invitación, pero son todas más o menos iguales, y dicen: La Comisión Especial Investigadora -con el nombre- en relación con la crisis que afecta a Chile en el tratamiento de VIH SIDA desde el año 2010 hasta el 2018..

También hace referencia a la actuación de los ministerios de Salud y lo invita a usted a participar en esta comisión para que responda los planteamientos de los señores parlamentarios. Además, se adjunta el mandato de la comisión, donde se señala el objeto de esta investigación y las razones por las que se está investigando, así es que no sé qué más se podría haber precisado.

Por su intermedio, Presidenta, creo que el título de la comisión es suficiente para circunscribir el mandato.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- De acuerdo con eso.

Tiene la palabra el diputado Andrés Celis.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señora Presidenta, quiero valorar la presencia del subsecretario, ya que no es normal que asista alguien que es invitado. Creo que, de cada diez, con suerte viene uno.

En segundo lugar, quiero ser justo, en internet está toda la información. Aquí me encontré con una del 2017, del exsubsecretario, donde señala que son varias las medidas que se están implementando, por ejemplo, que ese año el gobierno entregó 17 millones de condones, 2 millones más que en 2016, con el fin de mitigar el aumento de los contagios, además de impulsar la campaña de prevención de VIH Sida y enfermedades

de transmisión sexual. También se refiere a publicidad a través de televisión, radio e internet, para crear conciencia, incluso, al lema -del que no me acordaba-: "Más lo ignoramos, más fuerte se hace", que recomendaba usar el condón, y hace alusión a dos cosas bastante innovadoras con las que estamos en deuda: el test rápido, cuya finalidad fue eliminar la prescripción médica para comprarlo en las farmacias privadas, y al programa 90-90-90. Pero además anuncia que la cartera está elaborando un decreto que agrega mejoras y recursos a las disposiciones del plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), para asegurar un tratamiento universal y de última generación. Entonces, eso también debe ser consignado, pues es muy valorable y hay que señalar lo que las mismas redes sociales manifiestan.

También me encontré con una información, con una frase del senador Guido Girardi, que me llamó mucho la atención, pues sale con una propuesta más polémica que la del exsubsecretario. Dice: "El senador y presidente de la Comisión de Salud del Senado del Congreso, señor Guido Girardi, indicó que se está trabajando en una política especial para los extranjeros que ingresan al país, señalando que no se trata de ser xenófobo, pero la realidad que viven naciones como Haití, son dramáticas. Debemos ser empáticos como país, pero también hacernos cargo de las políticas públicas en la materia".

En cambio, el exsubsecretario como que se aísla de esos anuncios y se va más por un tratamiento universal a través del AUGE. Solo quería consignarlo, porque no me parece justo tratarlo de esa forma, ya que es un invitado y se agradece que esté presente en la sesión.

Gracias.

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

El señor **TORRES**.- Señora Presidenta, en relación con lo planteado por el diputado Andrés Celis, entiendo que su consulta es en buena lid, en términos de intentar extraer desde aquello que no se hizo, cosas que puedan hacerse a futuro. Entiendo que esa es la intencionalidad. Pero agradezco la presencia del exsubsecretario, porque una de las cosas que más nos complica después de pasados los 6 meses de la responsabilidad administrativa de los ministros y otras autoridades de gobierno, es que asistan a alguna comisión investigadora. Son muy pocos quienes lo hacen y habla muy bien

del espíritu de colaborar con el objetivo de esta comisión investigadora.

Obviamente, con más tiempo podría haber hecho una presentación en la línea de lo que hemos consultado. En todo caso, estoy seguro de que cualquier pregunta que se haga al exsubsecretario, podrá ayudar a las conclusiones de la comisión.

Por lo tanto, si lo tiene a bien la Presidenta y el exsubsecretario, sugiero adjuntar las consultas planteadas, para que el exsubsecretario nos pueda contribuir con respuestas por escrito.

Gracias.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Agradezco la intervención del diputado Torres, así como la del diputado Andrés Celis. No es nuestro afán -quiero aclarárselo al exsubsecretario- hacer un cuestionamiento ni un juicio. Se agradece que esté presente, pero tenemos una obligación, como comisión, que no la imponen las autoridades. De hecho, el objeto de la comisión es investigar la actuación del Ministerio de Salud y de todos los órganos públicos competentes en relación con esta crisis, para lo cual nos quedan solo dos sesiones. Por ello, si para la otra sesión podemos contar con más información que nos pueda hacer llegar el exsubsecretario, lo valoraremos muchísimo.

Con todo, insisto en que no hay ningún afán personal, pero creo que en la lógica de tener una mirada global de lo que se hizo estos últimos 8 años en relación con el VIH, es necesario tener más antecedentes, y, a título personal, siento que faltó información respecto de lo que se hizo, a pesar de estar claro aquello que se había planificado; estaba claro todo lo que mencionó el diputado Celis. Pero a mí no me quedó claro -a lo mejor escuché o leí mal- lo que sí se hizo, y eso me genera una preocupación, porque nos va a faltar un ámbito de información para completar el informe de la comisión. Por eso, insistí con la pregunta.

Ahora, por supuesto agradezco la presencia del exsubsecretario. Esperamos que si tiene información adicional que entregarnos, ojalá pueda ser dentro de esta semana, porque el viernes tenemos la última sesión de la comisión, donde esperamos que esté no solo el actual encargado del programa, sino también el nuevo ministro de Salud, a quien acordamos citar para el viernes.

Le reitero mi agradecimiento.

Tiene la palabra la diputada Erika Olivera.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señorita Presidenta, me quiero sumar a las palabras del diputado Celis. De verdad que uno valora que las exautoridades vengan, pues en más de una oportunidad no lo han hecho.

Por otro lado, quiero solicitar un poco más de respeto hacia la Secretaría, porque ellos envían la invitación con el tema superclaro: se habla de la crisis que afecta a Chile desde 2010 al 2014. Por tanto, uno valora el trabajo que realizan. Sabemos que están con muchas comisiones, esta no es la única. Por eso, pido las disculpas del caso, porque no queremos pasar a llevar a nadie.

Ahora, si existe la posibilidad, pido que nos envíen la información respecto de qué se hizo. A mí también me preocupa el qué se hizo, porque hoy sabemos, por lo que han expuesto muchas personas y organizaciones, que llevamos muchos años en que las campañas sobre educación en estos temas han sido muy malas.

Por eso me gustaría saber qué se hizo, aunque sea sobre los últimos cuatro meses, respecto de la prevención o de las distintas campañas que se realizaron.

Gracias.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Como no hay más preguntas, agradezco la presencia del ex subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows.

Enseguida, en nombre de la comisión, doy la bienvenida al director ejecutivo de la Fundación Sida Maule, señor Michael Díaz, y a la académica de la Universidad de Chile, señora Valeria Stuardo.

En primer lugar, tiene la palabra la señora Valeria Stuardo.

Muchas gracias por su amabilidad.

Tiene la palabra la señora Valeria Stuardo, doctora en Salud Pública, académica de la Universidad de Chile.

La señora **STUARDO**, doña Valeria (doctora en Salud Pública).- Buenos días, gracias por la invitación. Soy Valeria Stuardo, doctora en Salud Pública, profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Me llegó una invitación en relación al VIH, que es parte del mandato de esta comisión especial investigadora.

Me referiré a las políticas preventivas y la ley de sida, que es el ámbito en el cual hemos trabajado y tiene relación con mis competencias.

Me referiré a dos artículos fundamentales de la ley de sida, que se refieren al compromiso que tiene el Estado con la prevención en VIH.

Como manera de introducción, lo que vemos de la epidemia en Chile y en el mundo en general son las muertes relacionadas al sida, al VIH y las ITS que son diagnosticadas, que corresponden a la punta del iceberg, y lo que no vemos es lo que está abajo, que es lo que todos queremos saber y que actualmente y con mucha probabilidad, en Chile está en absoluto descontrol. Me refiero a la enfermedad subclínica o incompleta; la enfermedad inaparente; los portadores asintomáticos; los infectados; las personas que viven con VIH que no están diagnosticadas, o con otras ITS. Todas estas personas están a riesgo; son poblaciones vulnerables que requieren ser visibilizadas. Por lo tanto, no sabemos todo lo que está pasando porque solamente vemos una parte.

La siguiente lámina muestra la historia natural de la enfermedad y lo que pasa en la población. Nosotros, dependiendo del momento que en queramos intervenir, lo haremos antes o después de que la persona se enferme.

En la primera parte, ustedes ven cómo podemos prevenir, es decir, antes de que la persona se enferme; luego saber qué está pasando en la población y qué características tiene y, al final, cuando las personas ya están enfermas, ver cómo estamos tratando a estas poblaciones.

Existen diferentes estrategias preventivas. Hoy me gustaría centrarme en la prevención, que es un tema que, a mi parecer y por la experiencia que tengo de investigación en el área, es un tema que está tremendamente olvidado en términos de políticas públicas en el país.

Existen diversas estrategias preventivas descritas a nivel internacional. Seguramente ya habrán escuchado en esta mesa el término de prevención combinada, que está referido a una serie de estrategias que no solo son biomédicas, sino que también tienen que ver con la estructura y con la conducta, y que nos ayudan en conjunto a mejorar, a diagnosticar mejor, a tratar mejor y a asegurar una vida más digna a las personas que viven con VIH y, a las personas que no lo tienen, ayudarlos a prevenir de mejor manera.

Les acabo de entregar copia de un artículo personal, una carta al editor de la Revista Chilena de Infectología, publicada en 2017, en donde hago un análisis de lo que está sucediendo a propósito de las cifras que en ese momento Onusida develó y que nos dijo, en esa época -y ahora ya es mucho más- que entre 2010 y 2017 Chile era el país que tenía mayores cifras de aumento de la epidemia en toda Latinoamérica, con una tasa de 34 por ciento.

Inicio mi carta diciendo que, al parecer, en Chile, al igual que en los terremotos, los tomadores de decisiones no han podido predecir la reemergencia de la epidemia en Chile.

Eso es lo que ha pasado, ha habido un olvido constante y no se dieron cuenta que se les escapó de las manos y hoy las cifras no están en el 74 por ciento, sino en el 100 por ciento en relación a las cifras que teníamos en 2010. Por lo tanto, ha habido un aumento de la epidemia de forma sistemática en los últimos nueve años, según cifras que tenemos actualmente.

Asimismo, aquí hay un guiño a uno de los proyectos que nosotros tenemos y que corrobora que la epidemia está concentrada, lo que explicaré luego. Finalmente, en el artículo planteamos que faltan políticas preventivas serias y que hay que actuar en diferentes niveles, como lo demostraba en el gráfico: hay que mejorar la vigilancia del VIH en Chile; hay que mejorar la prevención primaria y secundaria, términos que debemos aprender a manejar. Prevención primaria significa llegar antes de que la persona se enferme y, prevención secundaria, significa atención de las personas que ya están con la enfermedad.

Asimismo, en esa carta hacemos referencia a la necesidad imperiosa de implementar un testeo de base comunitaria, con financiamiento permanente a las organizaciones sociales, y no como los que hay actualmente, que si bien, en términos de sensibilización, ayudan, está más que probado, a nivel internacional -y la evidencia lo dice- que no encuentra nada, porque son testeos específicos, que corresponden a políticas parche que no solucionan el problema de raíz.

Sin duda, debemos tener claro el aspecto sociocultural de la enfermedad, porque el VIH no es igual en todas las personas: hay un contexto social que lo determina y, también, un contexto de género determinante muy importante.

Este es un estudio que se realizó hace muchos años, en el cual se hizo una estimación de las nuevas infecciones, en tres escenarios diferentes: uno, centrado solo en el tratamiento;

otro, centrado en la prevención y, el último, centrado en la respuesta combinada, en la prevención combinada. En ese escenario, en una proyección a 2020, los países que solo tienen una respuesta basada en el tratamiento, la incidencia del VIH no disminuye; sin embargo, los países que tienen una respuesta combinada lograrían disminuir su incidencia de la enfermedad a largo plazo. Recordemos que estamos hablando de políticas a mediano y largo plazo, porque esto no se va a resolver en dos días, con una política de un testeo masivo o con eventos específicos. Si la acción no es una política que vaya de la mano de una financiación basal, no va a tener ningún efecto, lo que está comprobadísimo en países que han pasado por esto hace muchos años.

El grafico nos muestra que unos buenos resultados en el tratamiento pueden contribuir a una mayor eficacia en la prevención; que es preciso intensificar la prevención para que el tratamiento del VIH resulte financieramente accesible y sostenible, y que el avance en la respuesta a la pandemia solo podrá alcanzarse mediante la intensificación simultánea de la prevención y el tratamiento del VIH.

Lo siguiente corresponde a los principios de un programa de prevención eficaz. En primer lugar, se deben sentar las bases en la promoción, protección y respeto de los derechos humanos de las personas; se deben adaptar a los entornos locales, teniendo en cuenta el contexto socio-epidemiológico y cultural; se debe estar al día en las técnicas diagnósticas; se deben tener en cuenta las estrategias de prevención combinada y, por último, se debe tener en cuenta que la participación comunitaria es tremendamente trascendental.

¿Cómo está Chile en relación con las políticas preventivas? Chile tiene un gasto en antirretrovirales que casi se lleva todo el presupuesto de VIH. Tenemos una baja adherencia al tratamiento, importante. Puse 30 por ciento, pero podría ser hasta 40 por ciento. No presenta dependencia de fondos externos como en antaño; por lo tanto, todo lo que se realice sale de las arcas fiscales.

En Chile, hay 40 por ciento de retardo diagnóstico, o sea, de personas que llegan a atenderse cuando ya están en etapa SIDA. Estamos diagnosticando tarde.

La vigilancia es de primera generación, pasiva. El conteo de casos se refiere a cuántos hay en relación con otros años, pero no tenemos una vigilancia activa de la infección, que tiene

que ver con conocer los determinantes sociales que están detrás de las altas tasas de prevalencia de infección o de las tasas de notificación que actualmente tenemos en Chile.

Existe baja o casi nula participación de la sociedad civil en la instancia de toma de decisiones; no hay políticas preventivas de largo alcance.

Respecto del testeo comunitario, hay mucho, pero hay distintas estrategias para que sea eficiente. Lo que hacemos ahora no es lo más eficiente. Está descrito en la literatura internacional que se necesita sentar las bases de un testeo comunitario de largo alcance autofinanciado y de base comunitaria. Existe en todos los países, donde la epidemia ha disminuido o está controlada.

Es interesante crear fondos específicos para movilizar a las organizaciones y sensibilizar a la población, pero si quieren saber cuántos casos se detectan, no se puede. Existen diferentes estrategias de muestreo que permiten que uno pueda llegar a poblaciones específicas. Cuando el testeo comunitario está sentado en las bases de la organización social de forma permanente, con gente especializada trabajando en eso, a largo plazo, el diagnóstico será mucho mejor. Además, eso genera una serie de otras virtudes, que tienen que ver que las personas, cuando llegan a ese lugar, tienen una alta posibilidad de llegar al sistema sanitario, algo que actualmente no sucede. Hay muchas personas que no llegan al sistema sanitario, que han sido confirmados en el Instituto de Salud Pública (ISP), pero que nunca llegan a los centros de atención; nunca entran al sistema sanitario, lo que es muy complejo, porque son personas que han sido diagnosticadas. En cambio, en otros países, según la literatura, cuando entran por otros lados, por ejemplo a través de los *check points* comunitarios, es mucho más eficiente, porque las personas llegan a un lugar más amigable, donde son acompañados en su integración al sistema sanitario.

En Chile no es así, las personas quedan desvalidas; incluso, cuando llegan a testearse los resultados tardan en llegar y cuando llegan, hay problemas con el acompañamiento y las personas no alcanzan a llegar.

Las cifras que da el Instituto de Salud Pública (ISP) de cuántos casos se diagnostican actualmente, no son las mismas que hay en el reporte de epidemiología del Ministerio de Salud, que son las tasas de notificación; son más bajas, porque solo es

un conteo de las personas que, efectivamente, entran al sistema. En cambio, el Instituto de Salud Pública (ISP) tiene registro de todos los que se diagnostican. Entonces, hay una pérdida importante. Cuando esto se hace de la mano de las organizaciones sociales esa pérdida disminuye considerablemente, como lo demuestra la evidencia. Hablo mucho de evidencias, porque soy académica de una universidad y trabajo en investigación en este tema desde hace quince años, no solo en Chile, sino también con colegas de la región Latinoamericana y también de Europa.

La verdad es que hay muchas estrategias preventivas que son tremendamente eficientes y que en Chile no se aplican, no sé si es por desconocimiento o porque no hay presupuesto para ello o, simplemente, porque los tomadores de decisiones no tienen ganas de invertir en esto. Hay que tomar en serio las riendas de este asunto y la prevención es algo clave.

Mostraré unos proyectos y la evidencia que han generado, para que ustedes vean dónde está concentrada la infección en Chile y dónde no, a fin de derribar algunos mitos y leyendas relacionadas con la infección por VIH.

Este fue un estudio que hicimos, un proyecto Fonis (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud), del cual fui la investigadora principal entre 2012 y 2014. Se trataba de estudiar todos aspectos socioculturales implicados en la adherencia al tratamiento. Pudimos detectar que, efectivamente, esta es muy baja en Chile y hay que tomar acciones diferenciadas cuando hablamos de hombres, mujeres o de población trans. Ese fue un hallazgo muy interesante que tiene material disponible para los tomadores de decisiones permanentes; sin embargo, no ha sido tomado en cuenta.

Tenemos una mirada sociocultural a las mujeres que están en tratamiento por VIH y también vemos diferencias y necesidades específicas, que tampoco están siendo tomadas en cuenta, a pesar de que la ley dice que debería haber un acompañamiento que hoy no existe o que solo existe en algunos lugares y no se asegura en otras partes.

Hay otro proyecto es muy interesante, es un estudio de prevalencia, vigilancia de segunda generación. Es el único estudio en Chile después del Chiprev, que hizo el Ministerio de Salud, que metodológicamente tuvo algunas carencias. Este estudio no las tuvo y pudo mostrar datos de prevalencia en mujeres trabajadoras sexuales, no mujeres trans, y además en

población gay, hombres que tienen sexo con hombres. Este es un proyecto Fondecyt (Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico), financiado por todos los chilenos, así es que los datos son absolutamente públicos y disponibles para todos. Esta es una publicación que hicimos del instrumento que utilizamos. Hicimos la tipología del trabajo sexual en la Región Metropolitana y en este artículo dejamos claro que la prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales es 0 o 0,5; es muy baja.

Antes de hacer los trabajos, hay que adaptar los instrumentos a la realidad del país. No puedo utilizar un instrumento de cualquier parte, porque Chile es Chile, no es España.

En este artículo, que fue publicado en la revista *Culture Health and Sexuality*, que se especializa en esta área, dijimos que, efectivamente, la epidemia no está concentrada en las mujeres trabajadoras sexuales. Ellas tienen estrategias preventivas, y eso está en otro artículo. Sin duda, las organizaciones sociales que trabajan con las mujeres hacen un tremendo trabajo preventivo de calle, de día a día; y lo hacen por amor al arte, porque nadie financia nada. Aclaro que sí se financian los condones, los test rápidos o algún material preventivo, pero no hay financiamiento permanente. Esta organización social, Fundación Margen, trabaja con su empuje. La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Los invitamos, pero no pudieron venir.

La señora **STUARDO** (doña Valeria).- Eso es lamentable.

Las conozco y trabajan solo con el empuje de sus dirigentas y sus voluntarias, y con algún financiamiento que obtienen de parte de una red de trabajadoras sexuales latinoamericanas. Pero, insisto, no tienen financiamiento permanente; si no fuera por la ayuda que reciben de la red mencionada, no podrían trabajar, porque no tienen financiamiento estatal permanente. Por eso digo que las políticas públicas están al debe con sus organizaciones sociales que trabajan los temas de salud sexual, VIH e ITS.

El señor **TORRES**.- ¿Eso, indistintamente de que puedan existir nuevas conductas sexuales? Porque ustedes hicieron el trabajo asociado a conductas sexuales de las trabajadoras sexuales ¿O no?

La señora **STUARDO** (doña Valeria).- La prevalencia la medimos a través de test rápidos.

El señor **TORRES**.- No, lo que quiero saber es si las nuevas conductas sexuales, que pudieran existir en este ámbito, tenían o no relación con un nuevo contagio. ¿Eso es lo que ustedes estaban tratando de investigar?

La señora **STUARDO** (doña Valeria).- No, lo que queríamos saber era si había VIH en este grupo, otras ITS y, además, saber qué características tenían esas poblaciones. Si es que había VIH, qué factores se asociaban a esta enfermedad, y si no había, describir a la población; y qué hace que ellas adquieran estrategias preventivas.

Ustedes podrían decir que el trabajo de esas mujeres tiene mucha exposición, pero ellas tienen estrategias preventivas y organizaciones que las acompañan. Sin embargo, hay una delgada línea entre la prevención que se realiza a nivel organizacional y la no prevención, esa delgada línea es la que debe cuidar el Estado de Chile. Las mujeres ya tienen un autocuidado importante, porque para ellas el trabajo sexual es un trabajo y cuando una tiene un trabajo lo cuida. En este caso es lo mismo. ¿Cuál es el riesgo que tiene su trabajo? Contagiarse de alguna ITS -el VIH es una ITS-; por lo tanto, ellas se cuidan. Pero la otra parte, el acceso a la prevención, el acceso al control sanitario, a una buena salud sexual, es una responsabilidad del Estado, no de las mujeres; y eso es lo que, actualmente, está tambaleando. Por eso les digo que las cifras están así, pero ¡cuidado! Porque si el Estado no se hace cargo, esto puede cambiar.

Como se puede apreciar, ahí tenemos los factores asociados al control de salud sexual de las mujeres trabajadoras sexuales y vemos efectivamente que hay un porcentaje importante de mujeres que nunca ha usado los servicios de salud sexual. El 38,6 por ciento de las mujeres nunca ha usado este servicio y va por otros medios, ya sea por el privado o simplemente con estrategias propias. Entonces, hay un porcentaje importante que lo hace y, otro, que no y que representa casi el 40 por ciento, lo que es muy delicado y es algo de lo que realmente se tiene que hacer cargo la política pública.

Aquí, está el artículo que les pasé, el estudio en hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, y podemos ver otro artículo que emergió de ese estudio y que tiene que ver con los factores asociados a las relaciones sexuales sin condón entre hombres. Este artículo lo publicamos este año y se trata de la prevalencia en los factores de riesgo de infección por

VIH en población homobisexual y otros hombres que tienen sexo con hombres en la Región Metropolitana: *A Re-emerging (Public) Health Problem*, un problema de salud reemergente, y lo publicamos en *AIDS and Behavior*, revista de conductas sexuales referente en el tema a nivel internacional; acá mostramos que encontramos una prevalencia en hombres, en nuestro proyecto "Vivimos" que, por cierto, quiero dejar claro que es un proyecto de base organizacional. Nosotros trabajamos con las organizaciones desde el principio hasta el final; incluso, como pueden ver en las publicaciones están también presente gente de las organizaciones.

Se puede apreciar una prevalencia estimada en este grupo de 17,6 por ciento en Chile, como en la mayoría de los países que tienen epidemias concentradas.

Epidemias concentradas significa que está concentrada en grupos de población, que la población general es menor al 1 por ciento y en poblaciones específicas es mayor al 5 por ciento. Tenemos una epidemia concentrada en hombres, población gay, otros hombres que tienen sexo con hombres, hombres homobisexuales. Ahí está concentrada la epidemia y eso es una realidad.

¿Son poblaciones que necesitan tener políticas preventivas focalizadas? Por supuesto que sí. Hoy la diversidad sexual, cultural y social es algo que existe, real y no podemos categorizar a las personas como homosexuales o heterosexuales, porque eso no existe. El mundo cambió y hoy en día eso no pasa. Hoy se ven "las campañas preventivas" que ha hecho el gobierno en el último tiempo y no tienen nada que ver con la realidad social, cultural y menos epidemiológica del país. Entonces, ¡realmente no sé qué cifras están mirando! No sé si miran los estudios y la evidencia que tenemos.

Les puedo decir que, en la Escuela de Salud Pública, somos de los 2 grupos en Chile que realizamos investigación en salud pública a nivel nacional; con evidencia científica demostrada y con trabajo organizacional. En Temuco tenemos a una colega que hace todo el diferencial étnico, unos trabajos maravillosos antropológicos, y está todo el material ahí disponible. Ellos no necesitan buscar nada más, el trabajo está hecho y lo que tienen que hacer es implementar políticas efectivas. Ese es el problema porque no se está haciendo y focalizar.

Cuando se va a hacer un testeo masivo, llega al público masivo, o sea, a la población general. Entonces, se va a encontrar

cifras parecidas a la prevalencia en población general, ya sea 0,5, uno o dos casos positivos.

En población específica vamos a encontrar más, porque ahí hay mayor prevalencia de enfermedad. Para llegar a esas poblaciones hay estrategias específicas que son las que utilizamos, por ejemplo, en este estudio que, por cierto, este también aportó los indicadores de Onusida del año que correspondió -creo que fue en 2017 o 2018-, porque como el ministerio no realiza vigilancia, sino que la realizamos desde la academia, entonces, aportamos los datos de vigilancia para decir cuál era la prevalencia en la población específica y en grupos jóvenes.

Esa es otra cosa importante que muestra estos estudios: hay mayor prevalencia en grupos jóvenes y de eso también hay que hacerse cargo. La diversidad sexual hoy en día es tremenda y qué bonito que se pueda expresar y qué bonito sería que los jóvenes tuvieran las herramientas para expresarla de la mejor manera posible.

Por lo tanto, creo que lo que menos podemos hacer es estigmatizar bajo ninguna circunstancia. Simplemente reconocer que hay otras expresiones y en esas otras expresiones también hay vulnerabilidades, y una de ellas son las infecciones de transmisión sexual. Ya está; eso es.

Si quieren más detalles de los estudios, les podemos hacer llegar los artículos sin ningún problema.

Respecto de otro de los proyectos grandes que estamos haciendo ahora, me gustaría que sepan que van a haber datos importantes en un par de meses más, que es un estudio latinoamericano, el primero en 18 países de Latinoamérica, en población de hombres que tienen sexo con hombres. Chile participó, y yo soy la investigadora principal para Chile, en el marco de una red de trabajo colaborativa de diferentes instituciones universitarias importantes; entre ellas, la Universidad Cayetano Heredia, en Perú; la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Oporto.

Hemos reclutado a casi 65.000 personas en toda Latinoamérica, quienes respondieron esta encuesta *online* durante el año pasado. Fue un éxito este estudio en Chile -no voy a dar más datos-, pues casi 5.000 hombres representantes de todas las regiones del país respondieron a la encuesta. Hicimos una pregunta de salud psicosocial, una serie de variables muy interesantes que van a mostrar la problemática psicosocial en salud y sociodemográfica de la población. Además, hicimos

preguntas directas sobre VIH, ITS y más o menos se corrobora lo que dijo el estudio "Vivimos", que es el que mostré anteriormente, estudio de prevalencia en hombres, un poquito más alta, prevalencia autorreportada, aproximadamente el 19 por ciento en hombres que tienen sexo con hombres en Chile, y también con muchas carencias en términos de acceso a la salud, de políticas preventivas.

Mi mensaje para esta comisión es que efectivamente las políticas preventivas no existen en Chile, son muy escasas, lo que hay no está bien pensado. Queremos dejar a disposición toda la evidencia científica que venimos trabajando hace más de 10 años, que nos muestra la realidad, cuáles son los problemas y cuáles son algunas opciones para enfrentarlo y, sin duda, el mensaje es que no hay política social ni pública, en este ámbito, efectiva si no va de la mano del trabajo organizacional. La verdad es que hay países que vienen de vuelta con esto, lo vieron hace 15 años, lo implementaron y lograron su objetivo mientras que en Chile nos estamos dando vueltas en un bucle, y creo que si hubiese la disposición del diálogo y del trabajo intersectorial, transdisciplinar y dinero para esto, se podrían hacer cosas interesantes y lograr buscar salidas a esta crisis del VIH que se vive actualmente en el país.

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

Tiene la palabra el diputado Rosas.

El señor **ROSAS**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, decir que ha sido muy buena la presentación de la señora Valeria Stuardo.

Los clínicos, en general, tenemos una mirada muy parecida a la que usted ha presentado.

El 40 por ciento de las personas las diagnosticamos tarde en nuestras redes y ese es el tema que nos tiene que preocupar.

Usted mencionó que en Chile -lo dijo taxativamente- no existen políticas preventivas adecuadas. ¿Cómo salimos de ese bucle?

Además, me gustaría que se explayara sobre qué países han salido de ese bucle -de mirarnos el ombligo- y cuál sería el que usted da como ejemplo que podríamos seguir, a fin de no continuar con esta situación, porque, como comisión, estamos investigando una crisis que se extiende por más de 10 años del VIH, y de cómo hemos hecho las cosas en estos periodos, pero tenemos que salir de ahí y la salida tiene que ver con, ojalá,

no inventar la rueda y copiar lo que está bien hecho en otros países que ya salieron de la misma situación.

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

La señora **STUARDO** (doña Valeria).- Señorita Presidenta, tenemos experiencias en diferentes países y efectivamente no hay que inventar la rueda, pero sí adaptarnos a las realidades que vivimos nosotros.

Actualmente, en nuestro país estamos en un momento muy especial; hay un momento en que socioculturalmente estamos cambiando, nos estamos enriqueciendo en el área cultural, pues tenemos un proceso migratorio emergente que veo como una riqueza, porque finalmente nuestra historia es historia migratoria.

Por lo tanto, tenemos que cuidar lo que está llegando y bajo ningún aspecto estigmatizarlo.

Voy a hacer un paréntesis. En algún momento se escuchó a un ministro de Salud decir que la epidemia prácticamente era culpa de los inmigrantes o de las mujeres que tomaban la pastilla del día después. Esto es no entender nada, por lo que ni siquiera amerita comentarios.

Desde mi punto de vista, es una falta de respeto hacia las personas que llegan a este país, quienes, además, llegan en condiciones de vulnerabilidad, de las que este país no se hace cargo, pues simplemente los devuelven a sus países, donde viven de manera muy precaria. No nos podemos referir de esa forma a las poblaciones que inmigran a Chile, entre otros motivos, porque el VIH no tiene nada que ver con la inmigración. Las cifras aumentaron porque aumentó el grupo, pero no solo el de la población migrante.

Por supuesto que hay países que son más vulnerables y las personas de esas naciones llegan en condiciones más precarias a nuestro país. Es ahí donde hay que poner especial ojo, sobre todo por el tema de la transmisión vertical del VIH.

Respondiendo su pregunta, tenemos bastantes ejemplos interesantes. Yo diría que Europa es uno de ellos, ya que, por ejemplo, en España se implementaron estrategias de vigilancia avanzada y específica del VIH en poblaciones más vulnerables. Definió que son vulnerables aquellos grupos que adquieren más VIH y aquellos en los que aumentan las cifras respecto del año anterior.

Por ejemplo, en Chile vemos que las mujeres en relación con los hombres siguen siendo menos infectadas; sin embargo, han aumentado respecto de 2010. Esto dice algo, si bien siguen siendo menos, 80-20 por ciento aproximadamente, pero han aumentado en los últimos años, y eso dice cosas.

Primero, hay que focalizar. Se debe conocer la epidemia y saber cuáles son las poblaciones más vulnerables; segundo, hay que comenzar con políticas preventivas. Es evidente que si no se tiene claro el diagnóstico o no se quiere ver, solo se dan palos de ciegos.

Entonces, definir poblaciones. En nuestro serían las mujeres, los jóvenes vulnerables, los hombres que tienen prácticas sexuales con otros hombres y la población migrante. Estos últimos no porque traigan VIH ni mucho menos, sino porque llegan en condiciones de mayor vulnerabilidad y requieren un cuidado especial en relación con este tipo de enfermedades.

Perú ha hecho un trabajo muy bonito en esto. Lo mismo ha hecho Brasil al potenciar las organizaciones sociales de base. De hecho, nosotros trabajamos con organizaciones de allá y con la Universidad de São Paulo, quienes han hecho un trabajo fantástico con las organizaciones sociales. Han logrado disminuir considerablemente la epidemia en la población trans, donde está muy concentrada la enfermedad.

En Chile también tenemos una epidemia concentrada en la población trans, y en Brasil muchísimo, y lograron definir poblaciones y hacer estrategias preventivas dirigidas a esas poblaciones, y casi todo de la mano con la base comunitaria, desde el acompañamiento psicológico, el acompañamiento al *linked to care* del sanitario, hasta el acompañamiento en lo social. Esto ha sido muy interesante.

En Perú, por ejemplo, ahora están trabajando mucho la Profilaxis Preexposición (PrEP). Están haciendo ensayos con tres o cuatro países de Latinoamérica que están trabajando la Profilaxis Preexposición. En algún momento se dijo que se iba a implementar en grupos específicos de acá, pero finalmente no se ha hecho nada, porque la Profilaxis Preexposición es muy cara.

Es una estrategia preventiva, pero depende de cómo se mire, porque si bien puede ser muy medicalizada, hay personas que dirán que es una estrategia preventiva y otras que dirán que no lo es. En Chile la necesitamos con prioridad, porque tenemos 40 por ciento de retardo de diagnóstico, tenemos una adherencia

baja o no tenemos vigilancia. Nuestro problema es mucho más básico, pero si no pulimos lo básico el resto no va a funcionar. En Argentina está la Fundación Huésped, que mezcla todo lo organizacional con el diagnóstico y tratamiento, y cuentan con personal técnico financiado por el gobierno. No sé si todavía los estarán financiando, porque en Argentina la situación está políticamente movida, pero en su momento fue una organización potente que logró vincular a toda la nación y pudieron sacar políticas preventivas de la mano de las organizaciones sociales en sus poblaciones focalizadas. En Argentina también son los hombres gay, los HCH (hombres que tienen sexo con hombres) y la población trans.

Si se fijan, lo primero que hay que hacer es identificar las poblaciones que en nuestro país son más vulnerables, ver cuáles son los problemas de base que tenemos que arreglar y luego empezar a escalar.

El punto es que hay que empezar por lo básico, pero en Chile no está abordado bajo ninguna circunstancia. Insisto, lo preventivo y lo básico no están abordados.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señora Stuardo, tengo una duda respecto de la adherencia. ¿Cuál ha sido el error?

Tenemos cifras altas de abandono de los tratamientos. ¿Qué pasó ahí? ¿Cuál es la crítica respecto de la adherencia?

La señora **STUARDO** (doña Valeria).- Señora Presidenta, el estudio que hicimos demostró que la adherencia es diferente de acuerdo con el género. En hombres no es igual que en mujeres ni en mujeres trans.

La adherencia tiene que ver con un aspecto sociocultural, no con algo malo que haya hecho el clínico ni con el acceso que esas personas puedan tener al sistema, porque muchas de ellas van a sus controles y de repente presentan una baja adherencia. Es muy difícil decir cuándo una persona es buen o mal adherente, pero en general vemos que hay una serie de factores socioculturales que hacen que una persona sea mejor o peor adherente.

En las mujeres, por ejemplo, hay todo un tema con las redes de apoyo, con las historias previas o con las historias de vida. La mayoría de las mujeres se enteran por casualidad de que viven con VIH, entre muchos otros motivos, porque fueron por otra cosa al médico o porque se sintieron mal. No son mujeres que conscientemente estén expuestas, por lo cual hay un espacio

de vulnerabilidad tremenda allí. Generalmente, son mujeres madres de familia y muchas de ellas dueñas de casa.

Hay un contexto que hace que la adherencia pase a segundo o tercer plano; a veces no tienen amigos. En los hombres es mucho mejor, sobre todo porque muchos de ellos tienen redes sociales, tienen apoyo y pueden abrir el tema socialmente; en cambio, las mujeres no, son mucho más vulneradas.

Ahora, muchas de las mujeres trans son trabajadoras sexuales. El tratamiento tiene efectos secundarios en el cuerpo, por lo que muchas de ellas hacen periodos de ventana de tratamiento, lo que es una mala adherencia. Insisto, depende del género y del contexto.

En el estudio hicimos un informe ejecutivo que lo enviamos al Ministerio y a diferentes centros de atención a nivel país, donde hicimos un resumen de todos los factores que están relacionados con la adherencia por género, hombre, mujer y mujeres trans. También hicimos propuestas para mejorarlos.

Les puedo hacer llegar el estudio, porque está clarísimo de entender, porque hicimos esquemas que no hay que interpretar, solo leer.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Le agradecemos esa información.

Tiene la palabra la diputada Erika Olivera.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señora Presidenta, si no existen políticas preventivas en Chile, ¿cuáles aconsejan? ¿Cuáles son las que debiesen existir?

Por otro lado, la doctora Stuardo dijo que el Instituto de Salud Pública (ISP) es la entidad que tiene toda la información respecto de lo que se diagnostica.

Entonces, sería bueno solicitar esa información para saber cuántos son los diagnósticos que tienen, porque serviría para el informe final de esta comisión investigadora.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Habría acuerdo al respecto?

Acordado.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señora Presidenta, otra cosa que me llamó la atención es que la doctora habló sobre las trabajadoras sexuales, comentando que no tienen financiamiento, que deben autogestionar sus tratamientos y que el Estado debería hacerse cargo.

Entonces, me gustaría saber de qué manera considera que el Estado debería hacerse cargo, más allá de la prevención o de las campañas.

En el fondo, quiero saber cuál es la otra responsabilidad que cabe al Estado cuando la enfermedad afecta a trabajadoras sexuales.

Asimismo, qué pasa con los jóvenes que trabajan en el ámbito de la sexualidad y que deben costear sus estudios superiores, pues sabemos que hay muchos jóvenes que trabajan en el mercado sexual. ¿Qué pasa con ellos?

Lo consulto porque el día de mañana podrían exigir que el Estado también se haga cargo de lo que les implica seguir manteniéndose bien o diagnosticados.

La señora **STUARDO** (doña Valeria).- Señora Presidenta, las trabajadoras sexuales ante todo son mujeres, no perdamos el foco, y como toda mujer necesitan acceso a un control de salud sexual, y eso es lo que está actualmente en cuestión.

Efectivamente, alguien podría pensar que si no tienen VIH, entonces está solucionado el problema. Es una mirada muy reduccionista del problema. El VIH y las ITS se enmarcan en el contexto de la salud sexual. Para tener VIH e ITS tienes que hacer algo antes y eso es salud sexual.

Entonces, las mujeres trabajadoras sexuales, como cualquier otra mujer, necesitan acceso a la salud sexual expedita y digna; también, que por ser trabajadoras sexuales no las miren en menos, independientemente de que algunos sientan que es un trabajo o no, porque no todos podemos pensar igual. Hay que sentir respeto por la persona que está al frente. Es como el aborto, podemos querer abortar o no, o podemos dejar que la persona decida libremente. Nadie está obligado a pensar como el otro. Lo mismo pasa con las trabajadoras sexuales. Entonces, el acceso a la salud sexual es una política pública de la cual el Estado tiene que hacerse cargo: una salud sexual digna, para todas las trabajadoras sexuales, chilenas y extranjeras.

¿Cuáles son las otras políticas preventivas? Repito lo que le dije al diputado recién: primero, conocer y focalizar las poblaciones, y segundo, las estrategias preventivas pueden ser múltiples; por supuesto que cuando uno conoce lo que tiene y cuál es la población a la que tiene que dirigirse, van a ser específicas, no va a ser la misma estrategia preventiva para una mujer trabajadora sexual, que para un hombre, o para una

mujer, o para una mujer trans, son diferentes, por eso tienen que ser focalizadas.

Y ¿cuál es la mejor estrategia preventiva? Hay millones de opciones, pero también tienen que acordarse con las personas que están en esos grupos; no podemos inventar la estrategia, tenemos que saber qué necesidades están teniendo ahí, más la evidencia científica, más lo que sus técnicos y expertos consideren, todo eso se junta, se llega a un acuerdo y se planifica a mediano y largo plazos, porque, la planificación para el mes siguiente, insisto, puede ser una serie de buenas intenciones -no creo que haya nadie que lo haga con mala intención-, pero en términos de efectividad es nula.

Por ejemplo, estrategias preventivas relacionadas con la educación, la educación a la diversidad, respetar la diversidad, y entenderla, ese es un tema importante, y que sin duda a largo plazo va a hacer que prevengamos la infección de transmisión sexual; trabajar el estigma y la discriminación con las poblaciones específicas.

Todavía en Chile estigmatizamos y discriminamos a las poblaciones: a un hombre por ser gay, en fin. Ahora, si es gay y además tiene VIH, ¡ya ni te cuento! Si es trabajadora sexual y es extranjera, ¡peor!

Trabajemos también temas preventivos relacionados con el estigma y la discriminación.

Diferenciales de género, es otro tema específico. Cuando uno habla de prevención a todos se les viene a la mente solamente el condón. Entonces, no entienden lo que es la prevención.

El condón es una estrategia preventiva biomédica específica entre cien otras estrategias estructurales, conductuales, y biomédicas que existen y que se ha demostrado en el mundo que son efectivas.

El condón, por supuesto que es una de ellas, pero hoy que estamos en el siglo XXI, convengamos que tenemos que focalizar en otros aspectos, hay que abrir la mente y empezar a prevenir desde la pertinencia social.

La señora **OLIVERA** (doña Érika).- Uno hace estas preguntas, porque esta comisión también la siguen algunas personas; que vengan expertos a exponer es importante para que las personas que están hoy escuchando, viendo, vayan entendiendo el por qué tenemos que abrir muchas veces la mente a estos cambios; porque estos cambios existen y debemos respetarlos.

Hoy hay mucha diversidad y es muy bueno todo el aporte que traen ustedes a esta comisión.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En la misma línea, mi opinión tiene que ver con el tema de las campañas, porque finalmente todo eso queda reflejado en el tipo de campaña, no hay campañas focalizadas, por ejemplo, a hombres que tienen sexo con hombres, cuando ha quedado de manifiesto que es la población que concentra más número de casos.

¿Cuál es la motivación que hay detrás? ¿Por qué, teniendo un dato duro tan a la vista, no vemos campañas focalizadas para esa población? Según ustedes, ¿cuál es la razón de que no se haya hecho?

La señora **STUARDO** (doña Valeria).- Hay que derribar ese mito. En Chile es como la campaña preventiva del año. Simplemente es una estrategia comunicacional que tiene que hacerse porque está en la ley, pero en realidad la hacen para no infringir la ley, pero, en general, nunca han estado bien focalizadas, por lo menos no en el último tiempo.

Y la verdad no sabría decir por qué no. Uno podría decir que es el gobierno de turno, la ideología política, pero creo que hay un mal asesoramiento. No sé qué pasa en este país, si la mano del conservadurismo todavía nos pega y no somos capaces de demostrar la realidad como es, y sobre todo de naturalizarla. O sea, aquí no se trata de estigmatizar a nadie: naturalicemos lo que pasa, somos todos diversos: usted no es igual a mí, ni yo soy igual a usted, y la diversidad es bonita. Hagámonos cargo de la diversidad y si la campaña es una de las tantas estrategias preventivas, una estrategia comunicacional preventiva, mostremos lo que hay, pero mostrémoslo amablemente. Efectivamente, la población gay está mucho más expuesta que otras, porque sus expresiones sociales y sexuales son más diversas y están mucho más expuestas en otros aspectos, incluso biológicamente, que la población heterosexual, pero también tienen grandes virtudes.

Si bien hay una prevalencia muy alta, también hay una población importante que sabe cómo prevenir el contagio muy bien, que usa el condón, que busca atención en salud, que se hace sus exámenes dos o tres veces al año, que están más organizados. Realmente hay un núcleo importante, que por un tema de cómo se comportan las infecciones de transmisión sexual, está más focalizado, pero eso no quiere decir nada más que eso.

Creo que pecan de no querer estigmatizar. El problema en este país, es que eso ocurre cuando no se comunica bien.

Si lo comunicáramos bien y lo hiciéramos de la mano de las organizaciones sociales, eso no ocurriría.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Hay alguna otras pregunta?

Quiero agradecer la exposición, muy buena. Ojalá pudiéramos contar con aquellos informes y estudios a los que hizo mención durante la exposición.

La señora **STUARDO** (doña Valeria).- Les puedo hacer llegar los artículos. Usted me envía un *mail* y me lo recuerda.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Ojalá a la brevedad, porque tenemos que hacer un *full* informe la otra semana, te lo agradeceríamos un montón.

La señora **STUARDO** (doña Valeria).- Entonces, le haremos llegar la evidencia que hay en el país, relacionada con los informes técnicos y con los artículos científicos de proyectos que hemos realizado.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Quiero agradecer la participación de la académica de la Universidad de Chile, doña Valeria Stuardo, y vamos a recibir a nuestro último invitado.

Tiene la palabra el director ejecutivo de Fundación Sida Maule, señor Michael Díaz.

El señor **DÍAZ**.- Señorita Presidenta, después de esta presentación no sé que voy a decir, así es que vamos a tener que inventar un poco.

Quiero agradecer la invitación que se hizo a la Fundación Sida Maule para dar su visión respecto del importante trabajo que está realizando esta comisión especial investigadora.

Como fundación tenemos una mirada un poco más regionalista en comparación a otros expositores que ya han estado en esta sala, pero eso no quiere decir que no podamos ver la realidad que está enfrentando el VIH en todas las esferas y en todos ámbitos de nuestro país.

Incluso, como fundación, nos toca día a día trabajar directamente con personas que viven con VIH y, por lo tanto, podemos entender múltiples factores que tampoco se han visto en esta comisión, como uno esperaría que se hubiesen abordado. Quiero contarles, en términos muy generales, que somos una organización de la sociedad civil sin fines de lucro y apartidista, es decir, no tenemos ninguna tendencia política

declarada, pero sí formamos parte, como un actor político más, de las políticas públicas del VIH en el país.

De hecho, hemos trabajado con el Ministerio de Salud codo a codo en distintas políticas públicas, como las campañas de comunicación social y en otras instancias de participación, lo que nos permite tener una mirada bastante clara respecto de qué se está haciendo bien y qué se está haciendo medianamente bien.

¿Cuáles son nuestros cuatro ejes estratégicos? Primero, trabajar por la prevención; segundo, fomentar el diagnóstico oportuno. De hecho, la fundación Sida Maule, aun cuando es una organización de región, fue una de las primeras organizaciones en Chile en promover abiertamente la realización del test en lugares públicos, a pesar de que el Ministerio de Salud lo tenía estrictamente prohibido para la organización. También impulsamos la educación en afectividad y sexualidad y, obviamente, la promoción de los derechos humanos.

¿Para qué tenemos estos cuatro ejes? Para lograr cambios sociales, políticos, legales y culturales.

En cuanto a la invitación que se nos formula como fundación, quiero detenerme en algunos puntos que consideramos importantes y que tienen que ver con los roles que se van construyendo en respuesta al VIH-sida en el país.

Creo que en este tema no hay que inventar la rueda, la rueda está inventada hace rato, sino que aquí se tiene que lograr la implementación de esa rueda, por decirlo de alguna manera. Y en esto, el Ministerio de Salud ha jugado un rol importante, ya que, desde los primeros años de la epidemia, trató de brindar una respuesta, buena o mala, pero respuesta al fin y al cabo. Quiero detenerme en un punto y es que el Ministerio de Salud creó una Comisión Nacional del Sida en los años 90, en cuya cabeza estaba la ex-Presidenta Michelle Bachelet, pero desafortunadamente, con el paso del tiempo, particularmente en 2008, con la crisis del fondo mundial en Chile, que nunca se supo fehacientemente qué ocurrió con aquello, se disolvió todo este movimiento y todo el trabajo que se había logrado, y se le quita un poco el impacto y la importancia política que tenía el VIH, y queda solamente una estructura menor dentro del Ministerio de Salud, a través de un programa nacional.

Eso es particularmente relevante, porque antes existía una mesa de trabajo en la que estaban sentados distintos ministerios,

que tenían responsabilidad política y técnica, de cómo ir implementando políticas públicas en la materia.

Por lo tanto, a contar de 2008 esta mirada se restringió solo al ámbito sanitario del Ministerio de Salud, y eso, a nuestro juicio, ha sido uno de los principales errores, porque, primeramente, tenemos un programa nacional que tiene mil aristas que resolver.

A modo de ejemplo, cuando he ido a hablar al Ministerio de Salud, me dicen que tienen más de cien solicitudes, vía ley de Transparencia, de universidades y de otras instituciones, y que los funcionarios siguen siendo los mismos; pero, por otra parte, también tienen que hacer protocolos, implementar campañas, hacer otro tipo de políticas públicas, relacionarse con la sociedad civil, hacer un monitoreo del trabajo de la seremi y de la atención en el país.

Cabe preguntarse si siete funcionarios podrán realizar esas funciones, tomando en cuenta que es una complejidad muy grande. Esa es una pregunta que cabe hacerse. Entonces, ¿cuál es el rol que debiera tener el Ministerio de Salud? De acuerdo con la ley del sida, el rol es bastante claro. Debe ser capaz de monitorear, ser rector de la política pública, pero también debe tener un rol fiscalizador. Pero, en la práctica, hemos visto que ese rol se ha visto sobrepasado; lamentablemente, no ha estado a la altura, porque tampoco tiene las competencias y el apoyo necesario por parte de otros agentes del Estado, lo cual es particularmente interesante.

Cuando uno analiza los planes nacionales del Ministerio de Salud, sobre todo el plan y la estrategia al 2020 u otros planes, uno ve que el plan, en su esencia, está muy bien logrado, toda vez que responde a todas las necesidades que tiene el país, se focaliza en todas las poblaciones clave y tiene distintos niveles de intervención.

Cabe preguntarse, entonces, ¿por qué sigue aumentando el VIH en el país? Y aquí entramos en un punto que es central: ¿qué pasa con el financiamiento?

Si tengo un plan nacional, en el cual solo si me voy a la línea del presupuesto en condones, ya me lleva el 50 por ciento del presupuesto de todo el programa, difícilmente voy a realizar un trabajo coherente con la sociedad civil, difícilmente voy a realizar un trabajo coherente con otra línea de trabajo.

Por lo tanto, al final, como sociedad civil siempre hemos planteado, incluso a distintos parlamentarios de esta comisión

y de otras, la importancia de hacerse cargo de estos planes. Porque no sacamos nada con tener un plan estratégico nacional maravilloso, que reúne todas las recomendaciones internacionales, si al momento de implementarlo no se cuenta con los recursos necesarios.

De hecho, ya un panelista en esta comisión, don Fernando Muñoz, en su oportunidad manifestó esta situación. Si pensamos que los presupuestos asignados a las respectivas Seremis en los últimos ocho años, solamente se han incrementado de acuerdo con el IPC, es decir, ¿qué podemos hacer en regiones que tenemos treinta comunas con una cantidad de poblaciones clave absolutamente abismales?

Por ejemplo, en el Maule tenemos una gran cantidad de población migrante, población rural muy acentuada, una gran cantidad de jóvenes que estudian en la universidad y que presentan conductas de riesgo. Pero disponemos de seis millones para toda la región, y esa es una realidad que se está viviendo en el resto de las regiones.

Por lo tanto, si no contamos con presupuesto para que la misma autoridad sanitaria pueda implementar campañas o bajar las mismas líneas estratégicas nacionales, difícilmente vamos a lograr un cambio en el corto plazo.

Cuando uno se pregunta qué podemos hacer frente a eso. Por ejemplo, he visto que se han firmado infinidad de convenios de colaboración. Tenemos convenios de colaboración con el Ministerio de Educación; hoy escuchábamos a la ministra hablar sobre la nueva ley de educación sexual. Tuve la intención de preguntarle cómo logramos una fiscalización, toda vez que si la ley N° 20.418 se aplicara correctamente, tendríamos resultados efectivos. Sin embargo, se deja al criterio de cada comunidad educativa que tenga su plan educativo en afectividad y sexualidad. La pregunta que salta es: ¿y quién fiscaliza que esa comunidad educativa esté implementando el plan en su comunidad? Nadie.

Cuando se le consulta a la Contraloría General de la República si el órgano contralor es el Ministerio de Educación o la superintendencia, se nos señala que no existe ninguna norma que obligue a ninguno de los dos.

Por lo tanto, cabe preguntarse, entonces, por qué tenemos índices tan altos de ITS en la población adolescente y joven. La respuesta es simple: porque el mensaje educativo y preventivo no está llegando a esa población.

Ahora, nosotros hemos visto que en el marco de estos convenios la cooperación interministerial ha sido absolutamente deficiente. Si pensamos que el Ministerio de Salud -solo por citar un ministerio- tiene convenio de colaboración con la Conadi, con Gendarmería, con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, con el Ministerio de Educación, etcétera, uno se pregunta cuáles son los impactos y la efectividad que han tenido estos convenios.

Yo le pregunto solo a usted, diputada, qué pasó con la realidad del Sename.

De hecho, en 2015, la Contraloría General de la República emitió una instrucción al Ministerio de Salud y al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos para que dictaran el reglamento para tomar exámenes dentro de los recintos del Sename, y estamos en 2019, y ese reglamento todavía no ha salido.

Por lo tanto, en ese aspecto ya tenemos una brecha que es clara: una institución fiscalizadora emite un pronunciamiento y este no es acatado por los organismos que corresponde.

Respecto de la respuesta regional integrada, que también está relacionada con la cooperación interministerial, uno se pregunta qué estamos haciendo.

Por ejemplo, pregunto a esta comisión: ¿saben si en Punta Arenas existe alguna instancia de participación regional para implementar estas políticas? No. ¿En Puerto Montt existe alguna instancia? No. En el Maule, tal vez sí; en Santiago, tal vez sí; en Valparaíso, tal vez sí. Pero no es una política que se haya logrado implementar de forma adecuada en las 16 regiones de nuestro país.

Respecto de la participación comunitaria, desde siempre hemos abogado al respecto, porque hemos interpretado que el artículo 2 de la ley del sida faculta a las organizaciones sociales a tener un rol más protagónico en la respuesta nacional.

Sin embargo, ese rol protagónico se circunscribe a la interpretación, y aquí es necesario que se haga una revisión de lo que se quiso hacer al redactar la ley del sida.

Creo que la ley del sida fue muy buena cuando se lanzó en 2001, pero ya estamos en 2019, con una realidad absolutamente distinta, con autoridades distintas y con un movimiento social distinto.

Por lo tanto, nos llama la atención que, teniendo un cuerpo normativo que permite generar una política pública, porque la ley habla de participación ciudadana, de un trabajo

intersectorial, habla de campañas de comunicación social y prevención, habla de estudios de prevalencia y de comportamiento. Es decir, tenemos una ley que en definitiva es una buena; sin embargo, lamentablemente, siempre ha quedado al arbitrio del gobierno de turno.

Esta comisión preguntaba al Ministerio de Relaciones Exteriores, ¿cuáles son los instrumentos internacionales que ha comprometido el Estado de Chile en políticas de VIH? Desafortunadamente, en VIH no tenemos ley ni ningún cuerpo normativo internacional de carácter vinculante. Pero eso no quiere decir que los documentos que existen no tengan un valor ético y que ha guiado toda la política pública internacional. En 2006, con la primera declaración política de la Asamblea General de Naciones Unidas, se logró que al año 2015, 15 millones de personas -17 en números exactos- pudiesen tener acceso universal a tratamientos. Ello, porque los Estados se lo tomaron en serio, bajo los parámetros éticos y morales, porque, finalmente, las personas son las que necesitan este tipo de leyes, no los animales.

Después, en 2011, salió una segunda declaración internacional, refrendada en 2016, con el objeto de que al 2030 el SIDA desaparezca como enfermedad a nivel mundial.

Por lo tanto, si no entendemos estos cuerpos normativos, a la luz de documentos que son vinculantes, como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing u otros instrumentos internacionales, tales como la Convención sobre los Derechos del Niño o la Declaración Internacional de Derechos Humanos, que sí son documentos vinculantes para el Estado de Chile, reconocidos por los comités de Naciones Unidas respecto a su recomendación como vinculantes para el Estado, entonces, podemos preguntarnos lo siguiente: ¿qué esperamos nosotros, como sociedad civil, de esta Comisión Investigadora respecto de hacer valer estos derechos que ya se encuentran garantizados en instrumentos internacionales?

En cuanto a la implementación de la estrategia, si bien es cierto carece de recursos, principal problema de la política del VIH, hemos sabido innovar en otras acciones que sí pueden ser más fáciles o más económicas. Por ejemplo, si tenemos una campaña comunicacional que cuesta 400 millones de pesos, cuyo impacto social comunitario es absolutamente nula, nosotros, como sociedad civil, probablemente, con esa cantidad de

millones, podríamos ejecutar más de cien proyectos en todo el país y el impacto sería absolutamente distinto. ¿Por qué? Porque trabajamos directamente con las poblaciones y comunidades afectadas. Sabemos dónde focalizar la acción, como bien decía Valeria. Nosotros sí podemos llegar perfectamente a los sectores rezagados donde la autoridad pública no llega. ¿Qué pasa con los test rápidos? El 99 por ciento de los Cesfam del país los tiene a disposición, pero me atrevería a insinuar que el 50 por ciento de estos centros de salud todavía no los han implementado, porque derechamente la gente no concurre a los centros de salud y como no lo hace, no aplicamos los test rápidos. Es una realidad que está pasando, al menos en las comunas más rezagadas de la Región del Maule.

Por otra parte, hay algunos problemas estructurales que me parece importante tener en cuenta. Como anécdota, les contaré que hace algunos días los hijos del Presidente Piñera hicieron este viaje y cuánto se demoró la Contraloría en emitir un dictamen. Menos de 15 días; sin embargo, como sociedad civil, en innumerables oportunidades le hemos requerido al contralor distintos pronunciamientos que tienen que ver con la implementación de las políticas públicas, la utilización o mala utilización de los recursos destinados a determinadas organizaciones no gubernamentales.

¿Qué pasó el año pasado con la noticia que señalaba que 6.500 personas habían sido eliminadas de forma arbitraria del GES? Actualmente, todos esos documentos están en tramitación en la Contraloría General de la República.

Me parece un oportunismo político inaceptable por parte del organismo contralor que emita un pronunciamiento en 15 días y se demore 18 meses en emitir un pronunciamiento cuyo requerimiento proviene de la sociedad civil, apoyado, incluso, por los parlamentarios de este Congreso. Me parece que es una situación que hay que revisar. Lo digo porque si a mí me llega un pronunciamiento 18 meses después, no es oportuno. Muchas de las denuncias que uno hace carecen de efectividad.

Por ejemplo, el reconocido activista Víctor Hugo denunció a un infectólogo que estaba haciendo "ciertas cosas" que no correspondían con la ética; todavía estamos esperando el dictamen, y el funcionario hace más de seis meses dejó de trabajar en el Ministerio de Salud.

Entonces, si miramos estos escenarios, ¿a quién recurrimos como organización en la sociedad civil? El Ministerio de Salud no

nos escucha; si recurrimos a los organismos fiscalizadores nos tramitan; si recurrimos a los medios de comunicación nos invisibilizan; si recurrimos ante los organismos internacionales nos dicen: recurran al Estado, y volvemos nuevamente al punto inicial.

¿Dónde están las personas que debemos defender? ¿Dónde están las personas que deben aplicar las políticas públicas? ¿Dónde están las personas que nos tienen que dar una respuesta y lamentablemente el Estado, como institución, no nos da esa posibilidad?

Ahora, cuando hablamos de las políticas que implementa el Estado, hay que reconocer que existe una agenda valórica que no está a la altura de lo que está viviendo el país. Si analizamos las campañas de comunicación social, como una estrategia, descubrimos que durante los primeros años, 90 o 95, incluso durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, las campañas eran mucho más claras, directas, con mensajes más invasivos que reflejaban lo que estaba viviendo la comunidad, eran mensajes que estaban dirigidos a las poblaciones claves, personas que ejercían el comercio sexual, personas *trans*, personas de la diversidad sexual; sin embargo, a pesar de que había sectores que se escandalizaban, era una política pública que causaba impacto en la comunidad, se hablaba de la campaña y permitía instalar mensajes preventivos y educativos en la población y generar un diálogo.

Las últimas cuatro campañas han sido mensajes absolutamente amarillistas, tibios, que no reflejan en nada los comportamientos sexuales que tiene la población.

Hemos visto que el comportamiento sexual de la población en Chile ha cambiado. Hace un par de años, cuando se hablaba de VIH, todo el mundo le tenía un temor muy grande a infectarse. Ahora no, ya no se está usando el condón, porque son prácticas que se han ido replicando de países desarrollados como las prácticas de *bareback*; ahora, se tiene sexo en lugares públicos, en *cyber*, en saunas, en *mall*. ¿Usarán métodos de prevención cuando uno camina por la calle y hace un "*fly packs*" o cómo se llama?

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- ¿Qué es eso?

El señor **DÍAZ**.- ¿Cuál es el concepto, Víctor Hugo?

El señor **ROBLES**.- Comercio callejero.

El señor **DÍAZ**.- Generalmente, no somos capaces de reconocer que la población tiene otro tipo de conductas y mientras estas

no se vean reflejadas en acciones y estrategias concretas dentro de las políticas públicas, difícilmente vamos a poder revertir las cifras que son tan alarmantes en este momento.

Algunas prioridades. Es evidente que dentro de nuestra política pública debemos adecuarnos a lo que nos dicen los organismos rectores internacionales. No tenemos que inventar la rueda, la ONU Sida y la Organización Mundial de la Salud tienen establecidas sus estrategias: estrategia 2.0; estrategia 90-90-90; la estrategia que está recogida en la declaración política sobre VIH Sida de 2016. Esta es una estrategia que tiene más de 30 hojas en donde se analizan las distintas situaciones, los distintos enfoques de cómo se debe hacer una política para llegar efectivamente a todas las poblaciones.

Por lo tanto, esa política, ese lineamiento lo debemos aterrizar en una política, en un plan estratégico nacional, no en un plan que solo me permita llegar o cumplir con un determinado objetivo. Lo que percibimos como sociedad civil es que en los últimos cinco años se ha hecho una política preventiva del VIH a través de los medios de comunicación, basada en anuncios que en la práctica han tenido cero impacto y cero resultados.

Pero lo más grave aún es que muchos de esos anuncios han sido falaces. Todavía recuerdo cuando la entonces ministra Carmen Castillo dijo en la Comisión de Salud que habían entregado 17 millones de condones en 2016-2017; sin embargo, los datos consolidados del mismo Ministerio de Salud nos dicen que en 2016, 2017 y 2018 no se compraron más de cinco millones de condones.

Por lo tanto, si pensamos que una autoridad pública menciona a través de los medios de comunicación y ante la instancia republicana de fiscalización, que esa es una realidad, no sé si va a tener impacto lo que uno como sociedad civil pueda decir.

Ahora, respecto de esta declaración internacional, ellos abogan por la prevención combinada, la que se ha analizado latamente en la comisión, pero solo me voy a detener en una estrategia que no se ha hablado y que tiene que ver con la profilaxis posexposición.

Acá se ha hablado de la PrEP, que consiste en que se utiliza un medicamento antes para lograr tener una barrera que impida infectarse. Pero, ¿qué pasa con las personas que no tienen ese

acceso y que se les rompió el condón, fueron violadas o un montón de otras situaciones después del acto sexual?

En países desarrollados eso ya es una política pública y acá en Chile la política está destinada solamente a casos muy específicos. Por ejemplo, cuando el enfermero, la matrona o el doctor se pinchan el dedo, les hacen el tratamiento de posexposición.

Sin embargo, debemos pensar en las conductas sexuales de la población. Por ejemplo, una persona va a la disco y, probablemente, conocerá a alguien, pero no necesariamente andará con método de prevención. ¿Esta persona va a dejar de tener relaciones sexuales? No; por lo tanto debemos enfrentar esa situación. Lo más probable es que esa persona no va a usar condón, pero tampoco va a estar en el método de la PrEP, por lo que sí se tiene que ofrecerle una segunda opción que también es reconocida dentro de las canastas de prevención combinada, pero creo que el Ministerio de Salud ni siquiera lo ha considerado dentro de sus estrategias.

En ese sentido debe haber mayor compromiso gubernamental y eso es claro, pero el compromiso debe ser concreto. Por ejemplo, el Ministerio de Salud suscribió un convenio de colaboración con el Consejo de Universidades Estatales, pero resulta que este consejo agrupa a todas las universidades públicas, las que dentro de su estructura financiera cuentan con cientos de millones para distintas cosas. Sin embargo, los condones, los test rápidos, incluso el apoyo profesional, y un montón de otros insumos son aportados desde el Ministerio de Salud.

Ahora, si vemos que en regiones todavía existe una brecha de acceso a recursos, y más encima esos recursos se deben dispersar en instituciones que cuentan con la capacidad financiera para suplir esas necesidades, me parece que también debieran asumirlos.

También pasa, por ejemplo, con el Injuv, el Instituto Nacional de la Juventud, y con todas las demás instituciones, que solicitan la colaboración financiera y técnica, incluso de insumos, del Ministerio de Salud, cuyo ministerio que tiene recursos limitados y los debe dispersar en 20, 30, 40 estrategias distintas. Ahí es necesario volver a focalizarse.

La adecuación normativa. El doctor Barros dijo que efectivamente se había lanzado el decreto. Para ese decreto se hizo una consulta pública, llegó a la Contraloría General de la República, pero después se retiró, del mismo modo el

reglamento que tiene que ver con la adecuación del Reglamento de Infecciones de Transmisión Sexual. En la actualidad existe un protocolo que, para bien o para mal, todavía no ha sido suficientemente bajado a los distintos servicios de salud, por lo que no es muy conocido tampoco.

Nosotros hacemos un llamado a fortalecer la institucionalidad. Como sociedad civil nos incomoda tener que recurrir a las cortes cada cierto tiempo para que se escuche y se puedan colocar en el tapete público determinadas funciones. En ese sentido, el Congreso Nacional, la Cámara de Diputados, la comisión investigadora, juegan un papel fundamental para tener un rol más protagónico.

Por ejemplo, hemos visto que ha habido muchas fiscalizaciones que se han traducido al mero intercambio de oficios conductores, pero en la práctica no han tenido un impacto en la calidad y en la solución del problema. Si pensamos en lo que decía de la ministra Castillo, de los 17 millones, y que la Comisión de Salud recibió un oficio del doctor Barros señalando solamente que debíamos aportar más antecedentes respecto de eso, ahí quedó. Por lo tanto, al final tampoco funciona el rol fiscalizador.

Por último, hay que fortalecer un mecanismo de rendición de cuentas. En Chile tenemos muchas estrategias, muchas políticas, muchos recursos, muchas intervenciones que lamentablemente no se evalúan. Las campañas de comunicación social no tienen una evaluación adecuada. Lo más probable es que en la campaña de test rápido tampoco la tenga, y así no podemos contar con ningún insumo que le permita a la sociedad civil decir: ¡ah! Efectivamente, la estrategia que estamos implementando en conjunto con el gobierno fue efectiva y, por lo tanto, volvamos a implementarla o, por el contrario, que en la estrategia en que gastamos 500 millones ha tenido cero impacto, por lo tanto, cambiémosla por una estrategia que efectivamente refleje la necesidad.

Eso es particularmente importante porque hasta los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Onusida, las ong, tenemos mecanismos de rendición de cuentas. No vemos por qué el Estado, el Ministerio de Salud, a través de todas sus instituciones, no la tenga.

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

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Por su intermedio, señorita Presidenta, quiero agradecer a Michael por la presentación. Creo que él nos deja varias tareas o conclusiones. Habló de los años 90, cuando se crea esta comisión nacional. Quizá hoy también es necesario volver a dar esa mirada.

Estoy de acuerdo con que en este tipo de temas se deben enfrentar con una mirada intersectorial; no puede solamente ser tarea de un ministerio y que este tenga toda la responsabilidad, y deba realizar todo el trabajo que hay de por medio. Además, es muy necesario tener la opinión de la sociedad civil, lo que puedan aportar todos los otros ministerios, no solo el de Educación, sino también el de Desarrollo Social, etcétera.

Respecto del reglamento creo que hay que darle una vuelta más porque me quedó la duda. El doctor que vino dijo que no había ningún reglamento, pero es importante tener claridad respecto de eso.

Nos aclaró hartito la película de lo que como comisión dejaremos dentro del informe que no sé si son soluciones, pero se aporta y nos dicen qué es lo que falta, lo que necesitamos, y por eso agradezco el aporte que ustedes realicen.

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

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señorita Presidenta, puede ser que haya escuchado mal. Me pareció haber oído a Michael decir que en ciertas circunstancias u ocasiones se va a una discoteca, le puede gustar una persona del mismo sexo, de distinto sexo, y que, en definitiva, era como casi, no sé si normal, podía ocurrir alguna relación sexual y que para eso el Estado tenía que estar preparado.

Mi pregunta es qué pasa con la voluntad de uno, porque tampoco se puede dejar al libre albedrío que en cualquier circunstancia de la vida uno vaya sin ningún tipo de prevención o de cuidado o sin tener conciencia de lo que va a hacer. Porque si voy a un pub y me gusta una mujer, en mi caso, y ocurre algo y yo no tomo las providencias del caso, me parece que esa es responsabilidad mía, no del Estado, más allá de lo que yo pudiese esperar del Estado.

Entonces, me gustaría que me explique eso, por favor.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, en la misma línea del diputado Andrés Celis, creo que los datos estadísticos hablan de que este grupo vulnerable de menos de 29 años, que es el que tiene más afectación por el VIH en Chile, tiene prácticas o conductas sexuales, ya sea heterosexual u homosexual, donde se da mucho el sexo intermitente, el sexo ocasional, el sexo al azar o colectivo o virtual, en fin, que hace que la población joven tenga mayor contagiosidad porque no tiene elementos de juicio o carece de un sentimiento de temor o de gravedad frente al contagio, que además es un contagio múltiple no solo de VIH, son muchas las infecciones que están asociadas.

Entonces, yo quiero entender bien si la organización que dirige Michael, alienta la conducta del sexo intermitente, del sexo ocasional o el sexo no protegido sobre la base de que el PrEP debe o no concurrir ahí, para entender bien las lógicas, porque desde el ámbito del Ejecutivo ha sido una conducta permanente, que también hemos respaldado, que en la población joven debemos desmitificar esta falsa sensación de seguridad que existe en el hábito sexual. Me refiero a lo que se dice que en Chile no pasa nada, que no hay problemas.

Entonces, quiero tratar de entender la lógica de nuestros invitados frente a la conducta adolescente en materia sexual, heterosexual y homosexual.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Por mi parte, quiero sumarme a lo que planteó la diputada Olivera respecto de algunos temas que tienen que ver con posexposición, que no se ha profundizado mucho, y seguramente va a ser tema de la última sesión, que se va a realizar este viernes, desde las 10.00 horas. En esa oportunidad vamos a recibir al actual encargado del programa y esperamos contar al nuevo ministro de Salud.

Además, en cuanto a la implementación de los exámenes en el Sename, por ejemplo, o en otras instituciones, no tenemos esos antecedentes, por lo que le solicito que nos haga llegar esa información.

Tiene la palabra el señor Michael Díaz.

El señor **DÍAZ** (don Michael).- Señorita Presidenta, en primer lugar quiero aclarar que nosotros no promovemos ninguna conducta sexual, porque las personas son libres de llevar a cabo las conductas sexuales que estimen convenientes. Como

fundación nuestro rol es generar educación, prevención y promoción de estilos sexuales saludables.

Cuando hicimos esa observación nos referimos a la obligación del Estado de tener una educación sexual integral que permita a los jóvenes contar con las herramientas necesarias para tomar decisiones informados, cuando ello corresponda, lo que en la práctica no ha ocurrido. Hoy tenemos una falencia del Estado que es insostenible. Por lo tanto, si no se corrige vamos a seguir teniendo el mismo problema.

Lo segundo tiene que ver con las campañas. Si por una parte no estamos hablando de educación sexual en los colegios, no estamos educando, pero por otra parte tampoco tenemos una política pública que esté llegando a la población más joven, estamos fallando doblemente. Al final, ahí uno entiende por qué los jóvenes están teniendo prácticas sexuales desprotegidas desde muy temprana edad y se están exponiendo a contraer cualquier ITS, entre ellas el de VIH sida. Por lo tanto, el rol del Estado es asegurar que eso no ocurra.

Ahora, independientemente de las conductas sexuales, nosotros no podemos andar con la Biblia diciéndoles a los jóvenes que esto no se hace.

Aquí también hay un rol de los padres, que deben inculcar determinados conceptos a sus hijos, pero si esos conceptos no son bajados el Estado es el responsable, porque es un órgano subsidiario que debe atender las necesidades de la población. Y si esas necesidades no son atendidas, bueno, sigamos invirtiendo más millones en tratamientos antirretrovirales, porque eso es en la práctica lo que va a ocurrir en cinco años, cuando vamos a tener el doble de inversión.

Ahora, eso lo podemos extrapolar a otras cosas. Por ejemplo, si no tenemos campaña, no tenemos educación sexual, pero tampoco tenemos los famosos dispensadores de condones en lugares públicos, porque solo estamos pensando en colegios y no en *pubs*, por ejemplo. Por lo tanto, creo que ahí debe haber una estrategia de los organismos técnicos para incentivar que el sector privado también asuma un rol, y si se sabe que determinados lugares se prestan para ciertas conductas, también asegurar determinados métodos para lograr la prevención.

Quiero detenerme en un punto que había olvidado: la adherencia. Acá se habla mucho de un 40 por ciento de falta de adherencia. Al respecto, ¿saben por qué existe esta falta de adherencia en determinadas poblaciones? ¿Se lo han preguntado?

Voy a poner un ejemplo. Hay un porcentaje importante de personas que viven con VIH que no tienen trabajo, que su educación es muy básica, muchas se dedican al comercio sexual, muchas viven en situación de calle.

Por lo tanto, ¿qué hacen con los medicamentos? Los venden, porque es una forma de subsistencia.

Por eso, es sumamente importante lo que dijo la diputada, respecto de cuando se asume un rol, y el rol del Estado acá no ha sido asumido de forma adecuada.

El Ministerio de Salud solo ve la parte sanitaria, entrega medicamentos, la persona lo recibe, pero no tiene el apoyo, por ejemplo, del Ministerio de Desarrollo Social, de la municipalidad, de su familia. Vive en un entorno de situación de calle -estoy pensando solo en jóvenes en situación de calle-, por tanto, venden los medicamentos porque es una forma de generar un ingreso pequeño que les permite subsistir tal vez una o dos semana, no sé.

Es una realidad de la que no tenemos estudios en Chile que permitan medir su impacto; tampoco tenemos una política que logre minimizar su impacto. Eso es lo que nos preocupa en ciertas poblaciones específicas.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Me parece grave lo último que nos acaba de informar. Me imagino que tendremos que ver la forma de corroborar esos datos.

Agradezco la exposición de Michael Díaz, secretario ejecutivo de la Fundación Sida Maule.

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

-Se levantó la sesión a las 13.16 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ
Redactor
Coordinador Taquígrafos Comisiones

* * *

El debate habido en esta sesión queda archivado en un registro de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256⁶ del reglamento de la Corporación.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 13:15 horas.



CLAUDIA RODRÍGUEZ ANDRADE
Abogada Secretaria de la Comisión

⁶ Sin perjuicio de ello, está disponible el registro audiovisual en el siguiente enlace:
<http://www.democraciaenvivo.cl/player.aspx?STREAMING=streaming.camara.cl:1935/cdtvod&VODFILE=PR OGC015175.mp4>