

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 13^a, celebrada en viernes 21 de junio de 2019, de 10:05 a 14:17 horas.

SUMARIO:

- Asistieron como invitados el Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich; el Jefe de Departamento VIH del Ministerio de Salud; representantes de la ONG Leasur; el Presidente de la Corporación Sida Chile; el Periodista activista y conductor del programa radial sobre VIH-Sida, de la radio de la Universidad de Chile; la Presidenta de la Fundación Amanda Jofré; y representantes del Instituto Nacional de la Juventud.

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: Juan Luis Castro González, Andrés Celis Montt, Jorge Durán Espinoza y Víctor Torres Jeldes.

Asistió además la diputada Carolina Marzán Pinto en reemplazo del diputado Ricardo Celis Araya y la diputada Karol Cariola Oliva en reemplazo de la diputada Marisela Santibáñez Novoa, y el diputado Gabriel Silber Romo.

III.- INVITADOS

Concurrieron como invitados el Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich; el Jefe de Departamento VIH del Ministerio de Salud, señor Ángel González, junto a la doctora Sylvia Santander y el doctor Jorge Acosta; la señora Manuela Morales y el señor Daniel Contardo, en representación de la Directora de la ONG Leasur, señora Sthefania Walser; el Presidente de la Corporación Sida Chile, señor Carlos Beltrán; el Periodista activista y conductor del programa radial sobre VIH-Sida, de la radio de la Universidad de Chile, señor Víctor Hugo Robles; la Presidenta de la Fundación Amanda Jofré, señora Alejandra Soto junto a la señora Carolina Espinoza; y las señoritas Soledad González, Bernardita Crisóstomo, junto al señor José Tomás Valdes, del Instituto Nacional de la Juventud.

IV.- CUENTA¹

Se dio cuenta de los siguientes documentos:

¹ Los documentos de la cuenta se encuentran en el siguiente link:
<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmlD=61438&prmTIPO=DOCUMENTOCUENTACOMISION>

1.- Oficio de la Secretaría General, mediante el cual informa que se autorizó en Comités Parlamentarios, la solicitud de sesionar el día miércoles 10 de julio, en paralelo con la Sala, con la finalidad de votar las conclusiones y proposiciones correspondientes a la investigación desarrollada en cumplimiento con el mandato.

2.- Oficio del Director Nacional del Fondo Nacional de Salud mediante el cual responde a la solicitud de la Comisión sobre el contenido y alcance del dictamen relativo a los requisitos de la población migrante para acceder a la cobertura financiera del Fondo Nacional de Salud. Sobre el dictamen, indica que la persona inmigrante es considerada beneficiaria del Fondo Nacional de Salud en igualdad de condiciones que los nacionales. Es decir, contando con un permiso vigente para permanecer en el país, deberán cumplir los requisitos generales, y en el caso de no contar con documentos o permisos de residencia pueden acreditar que es carente de recursos. Asimismo se estableció que los establecimientos públicos de salud están obligados a brindar la atención requerida, sin que puedan condicionarla al carácter de nacional o de extranjero ni al hecho de ser afiliado o no al Fondo Nacional de Salud u a otro sistema, porque trata de un derecho que la Constitución Política asegura a todas las personas. (Responde oficio N° 024-2019).

3.- Nota de la Directora del Instituto de Salud Pública mediante el cual comunica que las políticas preventivas en materia de VIH Sida implementadas en el país entre los años 2010 a 2018 y las cifras de las personas que viven con VIH-SIDA, a nivel nacional es materia de competencia ministerial y que ya fue remitido a la Comisión por esa Cartera. (Responde oficio N° 029-2019).

4.- Correo electrónico de la señora Muriel Cristino, coordinadora de proyecto Domo Salud, mediante el cual envía a la comisión informe denominado salud sexual y planificación familiar para la comunidad escolar juvenil en colegios en la ciudad de Arica, el cual fue remitido a los correos de los señores y señoras diputados y diputadas.

5.- Correo electrónico de las diputadas señoras Erika Olivera y Marcela Hernando, mediante el cual excusan su inasistencia a la sesión, por compromisos adquiridos con anterioridad en sus respectivos distritos.

6.- Nota mediante la cual se comunica que el diputado señor Ricardo Celis, será reemplazado en la sesión por la diputada señora Carolina Marzan.

7.- Nota del Jefe de Bancada mediante el cual comunica que la diputada señora Marisela Santibañez, será reemplazada en la sesión por la diputada señora Karol Cariola.

V.- ACUERDOS

- 1- Enviar copia del informe final de la Comisión al INJUV.
- 2- Prorrogar la sesión por 30 minutos.

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).- A la presente sesión se ha invitado al ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, quien confirmó su asistencia para las 12.30 horas; al jefe del Departamento de VIH del Ministerio de Salud, señor Ángelo González; a la directora de la ONG Leasur, señora Sthefania Walser; al presidente de la Corporación SIDA Chile, señor Carlos Beltrán; al periodista, activista y conductor del programa radial sobre VIH SIDA de la radio de la Universidad de Chile, señor Víctor Hugo Robles; a la presidenta de la Fundación Amanda Jofré, señora Alejandra Soto; a la subdirectora subrogante de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, señora Pamela Eguiguren.

Pido autorización a la comisión para recibir en primera instancia a los representantes del Instituto Nacional de la Juventud, ya que por los datos que hemos recibido, la mayor prevalencia se encuentra en jóvenes de entre 15 y 29 años.

Por lo tanto, consideramos que era importante no cerrar este ciclo de audiencias sin contar con la participación de este organismo público.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

En nombre de la comisión, les doy la bienvenida.

Le ofrezco la palabra.

El señor **VALDÉS**.- Señorita Presidenta, mi nombre es José Tomás Valdés, soy el jefe de gabinete del director. Vengo en su representación ya que se encuentra en Lisboa, en un encuentro de ministros de juventud.

La señorita **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Señorita Presidenta, mi nombre es Soledad González. Apoyo los temas programáticos del instituto.

La señorita **CRISÓSTOMO** (doña Bernardita).- Señorita Presidenta, mi nombre es Bernardita Crisóstomo, analista del área de estudios del instituto.

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

El señor **VALDÉS**.- Como representantes del Instituto Nacional de la Juventud estamos muy contentos y agradecidos de estar acá.

El VIH es una materia muy importante en la gestión del director, quien asumió el año pasado por el Sistema de Alta Dirección Pública.

Se han decidido tres grandes ejes de trabajo: Desarrollo Cívico/Social; Desarrollo Vocacional/Laboral, y Desarrollo Físico/Mental, donde se inserta el problema del VIH.

Al igual que ustedes, estamos muy preocupados de las cifras actuales.

La señorita **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Señorita Presidenta, este año el Instituto Nacional de la Juventud hizo un análisis de los problemas prioritarios de los jóvenes y nos dimos cuenta de que solo estábamos trabajando en materia de participación, así que decidimos definir los ejes prioritarios. Hoy, particularmente, nos focalizamos en el de desarrollo Físico/Mental, que dice relación con el VIH en los jóvenes.

El señor **VALDÉS**.- Señorita Presidenta, la presentación no durará más de 10 minutos y se dividirá en 3 partes.

En primer lugar, los resultados de un sondeo realizado este año. Eso, en cuanto a nuestra dimensión de referente técnico.

En segundo lugar, un trabajo que realizamos con el Ministerio de Salud, sobre todo en materia de testeo rápido de VIH.

En tercer lugar, cómo nuestra oferta programática se ha puesto a disposición.

Bernardita Crisóstomo presentará los principales resultados del sondeo.

La señorita **CRISÓSTOMO** (doña Bernardita).- En el marco de la dimensión de autocuidado y bienestar, es un sondeo de 1.107 casos de jóvenes entre los 18 años y los 29 años. No consideramos a los menores de edad, porque es una materia muy sensible y se realizó telefónicamente. Es representativo a nivel nacional y fue desarrollado por un centro de estudios de la Universidad Católica, la Dirección de Estudios Sociales de la Universidad Católica.

Los principales temas que abordamos fueron, en primer lugar, el nivel de conocimiento que tienen los jóvenes sobre el VIH y las Infecciones De Transmisión Sexual. Al preguntar si se han informado, 9 de cada 10 declaran haberse informado

sobre estos temas, lo cual es bastante positivo. Sin embargo, al indagar un poco más y preguntar directamente sobre cómo evalúan su nivel de conocimiento sobre estos temas, el 55 por ciento evalúa con nota 5 o inferior su nivel de conocimiento sobre VIH e Infecciones De Transmisión Sexual, nota que no necesariamente representa toda la información a la que acceden.

Por otro lado, cuando vemos el acceso a la información, evaluando con nota 1 a 7, el 54 por ciento evalúa con nota 5 o inferior su nivel de acceso a la información sobre estos temas, lo cual no se condice con todo el acceso que hay a la información.

Al querer conocer sus fuentes de información, las respuestas son las redes sociales, como la principal, y luego internet y los profesionales de la salud, en tanto que las categorías menos declaradas son los padres, la familia y los amigos, situación que nos dice que los jóvenes están optando por informarse de manera confidencial, más impersonal y con medios más técnicos que el voz a voz familiar o de amigos.

Lo anterior se condice con el 54 por ciento de jóvenes que manifiesta que se sentiría más cómodo haciendo preguntas de VIH de manera anónima.

La señorita **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Para complementar lo que expone mi compañera, estos resultados nos dan señales de cómo debemos vincularnos con los jóvenes en materia de información. La encuesta arroja que hoy el 83 por ciento de los jóvenes acceden a la información por medio de las redes sociales. Por lo tanto, las campañas debiesen incrementarse a través de ese mecanismo.

La señorita **CRISÓSTOMO** (doña Bernardita).- Respecto de temas de autocuidado, vemos que a pesar de que los jóvenes nos comentan que evalúan su cuidado respecto de su salud sexual con 6.3, al consultar por el nivel de acuerdo respecto de si renunciaría a mantener relaciones sexuales con penetración, sin preservativos, el 20 por ciento accedería a relaciones sexuales con penetración sin preservativo, lo cual es una conducta de riesgo. Esa respuesta corresponde a alrededor de 821.000 jóvenes a nivel nacional.

Por otro lado, al indagar en diferentes grupos de jóvenes, vemos que son los de niveles socioeconómicos más bajos, los de menor edad y los hombres, quienes estarían más dispuestos a enfrentarse a conductas de riesgo como esas.

Respecto de las percepciones de riesgo, el 83 por ciento considera bastante o muy probable contagiarse con VIH y el 86 por ciento considera bastante o muy probable adquirir infecciones de transmisión sexual, lo cual da cuenta de que ven latente la posibilidad de contagiarse.

Asimismo, hay un 24 por ciento que considera que conseguir condones o preservativos de manera gratuita es nada o poco probable.

En consecuencia, los jóvenes ven este riesgo como latente, pero no ven fácil el acceso a los medios para cuidarse y no caer en riesgos.

Respecto de la disposición a recibir información y a realizarse el test del VIH, el 95 por ciento contesta que estaría dispuesto a realizarse el test de VIH si se lo ofrecieran hoy, y al 97 por ciento le gustaría recibir campañas sobre prevención del VIH en su lugar de estudios, donde pasan la mayor parte del tiempo.

Finalmente, las principales conclusiones son las siguientes:

La mayoría de los jóvenes declara haberse informado sobre ITS y VIH, pero no se sienten tan seguros con el nivel de conocimientos que manejan.

En cuanto a los formatos de fuentes de información que más les acomodan o sus preferidas son las redes sociales, internet o plataformas digitales, además de profesionales. Es decir, un conocimiento más técnico, impersonal, pero también digital.

A pesar de tener una alta percepción de riesgo asociado a las ITS y el VIH, un cuarto de los jóvenes considera que es poco probable acceder a preservativos gratuitos y un 20 por ciento asegura que mantendría relaciones sexuales, incluso, si no contara con preservativos, por lo que sería muy prudente acompañarlo con entrega más fácil o que perciban mayor acceso a los preservativos, para que no tengan que incurrir en estas conductas.

Existe una alta disposición a realizarse el test de VIH y a la recepción de campañas preventivas en terreno, lo cual es una oportunidad. Los jóvenes efectivamente estarían dispuestos y sería una muy buena iniciativa apoyarlos.

La señorita **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Señorita Presidenta, a partir de estos resultados el Instituto Nacional de la Juventud, decidió trabajar colaborativamente, mediante

un convenio que tenemos hace algún tiempo con el Ministerio de Salud, en distintos ejes estratégicos. La idea es que las políticas sean hacia afuera, de manera de acercarnos a los jóvenes; una política extra muro.

Entonces, les daremos cuenta de todo el trabajo que hemos realizado intersectorialmente con el Minsal que, desde nuestro punto de vista, ha sido sumamente positivo, ya que hemos logrado llegar a un número significativo de población de jóvenes y creemos que los mecanismos que estamos utilizando han sido precisos y efectivos en cuanto a llegar a esta población.

El señor **VALDÉS**.- Señorita Presidenta, el trabajo ha sido colaborativo, por ejemplo, mediante el carnaval de la prevención que se desarrolló a principio de año en el barrio universitario.

¿Por qué les cuento esto? Porque creemos que es importante estar donde están los jóvenes. Entonces, nos acercamos al lugar donde está la mayor cantidad de casas de estudio, hicimos un carnaval de la prevención de VIH donde se informaba, se realizaban test rápidos y había otros servicios públicos vinculados también con la sociedad civil, lo que fue muy exitoso.

Respecto del segundo tema, hemos entregado desde hace varios años preservativos. El año pasado repartimos casi 120.000 a nivel nacional, lo cual se hace por medio de las direcciones regionales que tiene el Injuv, por lo que cada región tiene un stock, que luego se reparte.

Otro tema muy interesante ocurrió alrededor de un mes. Estuvimos en Coquimbo, específicamente en Andacollo, en donde se instaló un dispensador de preservativos en una escuela. Esto ha tenido súper buenos resultados, en el sentido de que los jóvenes lo han respetado, que era un riesgo de cómo se iba a manejar, por lo que creemos que también puede ser una política que, si bien se está piloteando, podría darse en otros lugares.

Otro caso exitoso y alineado con el Minsal, sobre todo con el servicio de Salud Metropolitano Occidente, fue el del camión-test, un camión con el test rápido de VIH. Con él partimos en la Región Metropolitana; luego de ver lo éxito que resultaba, decidimos llevarlo a regiones. Estuvimos en Coquimbo y en Valparaíso, específicamente en lugares donde están los jóvenes. Por ejemplo, fuimos a playas y estuvimos en eventos masivos; hubo filas muy largas, por lo que creo que si esto se

replica va a seguir el mismo patrón, en el sentido de que los jóvenes se acercan al camión.

Esto fue súper exitoso; realizamos más de 10.000 test con esta estrategia. Es más, en el Carnaval de la Prevención se realizaron más de 1.000 test rápidos, por lo que considero que esta es una política súper eficiente que estamos piloteando y que creemos que podemos darle mayor continuidad.

Hay un video que les quiero mostrar, que dura un minuto y medio. Lo interesante de esto es escuchar a los jóvenes.

-Se intenta conectar audio/video.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Señora Presidenta, es importante escuchar las palabras del video, son súper significativas; tiene que ver con toda la experiencia que desarrollamos en este piloto del camión-test. Este era un camión de odontología, que fue refaccionado especialmente para hacer test rápidos de VIH.

La gracia, tal como les comentaba José Tomás Valdés, es que nos localizamos en sectores estratégicos para acercarnos con los jóvenes. El Minsal ha dispuesto hacer test rápidos en todos los consultorios, pero nosotros nos hemos dado cuenta de que los jóvenes, muchas, veces no se acercan al consultorio o a espacios institucionales más formales.

La manera de llegar rápida y efectivamente a ellos es que el Estado se vincule con la ciudadanía. Por eso piloteamos en tres regiones este camión-test, lo que ha sido sumamente efectivo. Una de las gracias es que muchos de los jóvenes se han sacado test por primera vez, y nos da señales de que hay intención significativa de los jóvenes por prevenir, por el autocuidado, siempre y cuando acerquemos la oferta directamente a ellos.

En el entendimiento de que tenemos que trabajar de manera articulada, quiero contarles que, como Injuv, en este trabajo articulado con el Minsal hemos hecho estos pilotos, como el camión-test y la entrega de preservativos, pero por nuestra parte, como Instituto Nacional de la Juventud, decidimos hacer una reorientación de la oferta programática, y fue así como desde principios de 2019, a través de estos tres grandes enfoques, decidimos trabajar en el ámbito del VIH. Por supuesto, entre los temas de salud, autocuidado, desarrollo físico-mental.

¿Qué es lo que hemos hecho hasta ahora? En vez de hacer los tradicionales talleres de zumba, que nos parecen súper

significativos, así como entregar fondos destinados a ese tipo de cosas, hemos decidido que nuestra oferta programática se concentre en estas temáticas. Entonces, si bien nos parece pertinente que haya un taller de zumba, también nos parece pertinente que tenga un enfoque de prevención de VIH, prevención de ITS (infecciones de transmisión sexual); es decir, darle más contenido a la oferta programática que tiene Injuv.

Actualmente, postularon 15 fondos de organizaciones juveniles con temas de prevención de VIH; vamos a trabajar en un convenio más o menos grande con Chile Positivo y así trabajar en cursos presenciales y con 650 beneficiarios, y 15.000 beneficiarios a través de cursos *on-line* sobre prevención de VIH. Nos parece que así es pertinente.

Además, es importante trabajar con los expertos. Creemos que es significativo trabajar con aquellos que saben. Es más, nosotros como Instituto Nacional de la Juventud no somos necesariamente el grupo más enterado. A nosotros, los jóvenes nos indican qué es lo que deberíamos hacer, y así nosotros construimos nuestra oferta. Sin embargo, nos parece sumamente pertinente trabajar con los expertos; por eso, vamos a trabajar con Chile Positivo.

Además, estamos trabajando en las regiones con 189 beneficiarios sobre temas de prevención de VIH e ITS. Además, como consideramos que es una responsabilidad pública que los funcionarios públicos también estemos preparados, hemos conseguido 274 cursos *on-line*, que duran cuatro meses, destinados a nuestros funcionarios públicos, que trabajan directamente con los jóvenes, en todas las regiones y al nivel central y, por supuesto, con las oficinas municipales de la juventud.

En el fondo, lo que queremos hacer, y es parte de nuestro trabajo de 2019, es prepararnos como funcionarios y estar mejor informados. Asimismo, mejorar nuestra oferta programática y con eso enfrentar este problema de manera articulada con el Minsal.

Como eso no es todo, para el 2020 estamos proyectando el programa Hablemos de Todo. Al respecto, ingresamos la ficha *ex ante* al Ministerio de Desarrollo Social. Es un modelo que se basa en un programa de Argentina, que se llama Hablemos de Todo, y de un programa de Inglaterra que se llama Me Too, que tiene que ver con información en lenguaje de jóvenes, sobre

distintas temáticas. Aquí vamos a trabajar, aparte de diversidad, prevención del suicidio, bullying, consumos problemáticos, con el tema del VIH.

Esto nos indica que estamos, desde nuestra oferta pública de 2019, más la articulación que hemos desarrollado con el Minsal, incluidas las proyecciones del 2020, enfrentando el desafío que tenemos de abordar la temática del VIH e ITS en nuestro país.

Me gustaría que pudieran ver y escuchar el video, porque nosotros no podemos hablar por los jóvenes, y porque da cuenta de cómo los jóvenes han percibido esta experiencia del test rápido.

Lamentablemente, no se pudo conectar el audio, pero lo compartimos con ustedes.

Quedo atento a sus preguntas e inquietudes.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Agradezco la exposición. Si bien tengo algunas dudas, reitero mi agradecimiento, porque en lo que hemos ido construyendo en estos ya casi 90 días de investigación, obviamente el tema de la juventud nos tiene a todos preocupados.

Aparte de los dispensadores, que ha sido un tema que se lo planteamos a la ministra de Educación la semana pasada, producto de que se mostró en televisión la instalación de dispensadores, específicamente, la entrega de preservativos en un liceo de Providencia, le preguntamos si esa sería una medida que se tomaría a nivel ministerial y si estaba planificado extenderlo al resto de los liceos.

La verdad es que la respuesta fue que no. Ella planteó que era una iniciativa de ese sostenedor en particular y que solo había sido como para ver cómo resultaba, por decirlo de una forma.

Nos parece hasta el momento -y aquí hablo a título personal- que sería una excelente medida distribuir estos dispensadores a bajo costo.

El día lunes pasado estuvo exponiendo la directora de Aprofa, quien nos contaba de la experiencia de la instalación de los dispensadores en distintos colegios. Ellos lo vienen haciendo desde hace muchos años.

Por lo tanto, esta iniciativa es muy valiosa y, ojalá, se pudiera replicar a través de este convenio que tienen con el Ministerio de Salud y, quizás, fomentarlo a través de la instalación en distintos colegios, sobre todo por los datos

que han venido entregando y que hablan de que los jóvenes de menores recursos son quienes tienen menos acceso a los preservativos. Por lo tanto, el foco debiera estar ahí y - disculpen que lo diga- no en Providencia.

Entonces, cómo podemos canalizar de mayor efectividad la instalación de esos dispensadores.

Además, quiero hacer algunas preguntas que tienen que ver con la opinión del Injuv respecto de la última campaña comunicacional del gobierno para la toma del testeo.

Quisiera saber si ustedes han participado o no en la elaboración de la propuesta que se va a ingresar en los próximos días al Congreso respecto de ley de educación sexual.

En la instalación de estos puntos que han ido estructurando -me parece muy bien que se hayan hecho cargo de una realidad y de una crisis sanitaria que vivimos hoy día-, esos focos o lugares donde han ido instalando no solo en la micro, el bus o camión, sino que no solo la toma de testeo, sino que también la entrega de los preservativos, por lo que estuve mirando, fue casi siempre en el verano y en lugares de recreación juvenil, más que nada.

Cuando tenemos un dato que nos muestra que la prevalencia está entre los jóvenes entre 15 y 29 años, pero además que la población que hoy día ha arrojado mayor cantidad de datos, es aquella que está referida a los hombres que tienen sexo con hombres.

¿Cómo ve hoy día desde el Injuv que focalizan esa intervención en esta población? Es una pregunta, porque ese dato está a la vista; no lo estoy inventando.

Entonces ¿cómo focalizan? ¿Cómo se relacionan con aquellas organizaciones de la sociedad civil que trabajan o que agrupan o se hacen cargo de esta problemática, y se vinculan con organizaciones donde hay mayor participación del mundo homo y bisexual?

Y, la última, tiene que ver con la salud mental, porque en esto hay mucho de carga discriminatoria y mucho de tema complejo que, a pesar de que la ley sida prohíbe discriminar a aquellas personas que viven con VIH, ¿cómo dentro de su estrategia de intervención han abordado este tema de la salud mental vinculada con las enfermedades de transmisión sexual, principalmente al VIH?

Tiene la palabra la diputada señora Carolina Marzán.

La señora **MARZÁN** (doña Carolina).- Tengo varias dudas. Como estoy por primera vez en reemplazo, muchas cosas las desconozco en detalle.

Como me asaltan dudas en muchas cosas, a lo mejor voy a repetir, pero para mí es importante hablarlo o por lo menos hacer un comentario.

Me llama mucho la atención, pero no me extraña, que los jóvenes tengan a los padres y a los amigos en un nivel tan bajo de solicitar información. Es bajísimo. Ya ni siquiera los amigos tienen un nivel de relevancia y de confianza en la juventud. Sabemos cómo se manejan las redes sociales, porque ni siquiera por internet -una podría pensar en páginas que son más serias, que son de alguna organización de salud, etcétera-, pero en las redes sociales sabemos cómo funcionan, cómo desinforman, cómo distorsionan y cómo se criminaliza.

Es muy complejo el uso de las redes sociales.

Lo otro que me gustaría saber: el 2018 entregaron 117 a 118 mil. Me gustaría saber de qué manera se hizo esa entrega y al 2019 ¿cuántos preservativos han entregado?

Lo otro, es saber, también, cómo operó el camión. No sé si lo dijeron y no escuché. ¿En qué sectores, cuál es el criterio de que disponen para que el camión esté en una comuna o en otra?

Ahora, no me extraña que los jóvenes no se acerquen a los consultorios o a los lugares de salud, porque hay un protocolo que es tan deficiente y pobre que cuando un joven, un niño o una niña, quiere pedir información, se le criminaliza, se le estigmatiza, se le expone. Y no solamente jóvenes. Ojo, estas son quejas. Y yo hablo no solamente por el distrito que represento y las quejas que se me manifiestan, y por qué las personas no se acercan a los centros de salud a pedir información porque la información puede ser de calidad, pero la habilidad blanda que pone el funcionario o la funcionaria en entregar esa información que es tan sensible no existe. Entonces, los jóvenes se sienten expuestos y apuntados con el dedo. Y con esa política de trato, una no podría estimularlos a ir.

Lo digo porque hemos estado trabajando con varias organizaciones, como la LGTB, en mi distrito 6, Quinta Cordillera, y estamos viendo también que, como el Estado no se hace cargo del asunto, el gobierno en este caso, de los dispensadores.

Por ejemplo, estamos viendo de modo distrital - parlamentarios y personal con una organización determinada-, hacer entrega de dispensadores con los municipios que quieran recibirlos, porque hay mucha reticencia, y me llama la atención el comentario que hacen -por ejemplo, cuando pusieron el dispensador en Andacollo- de que no sabían de qué manera los jóvenes podían reaccionar con esto.

Creo que los jóvenes son jóvenes. Y cuando tú les entregas bien la información, les haces una capacitación, los acercas, y sobre todo, se les demuestra respeto y afecto, porque son personas y reaccionan súper bien.

Ante la desinformación y ante sentirse ignorantes, todos nos replicamos y todos nos ponemos en una actividad de ostracismo, porque a nadie nos gusta que nos traten de ignorantes o que nos criminalicen o nos estigmaticen.

Eso es un dispensador, como podría ser de pasta de dientes o de cualquier insumo, de preservativos, en un tema que se tiene que hablar, de un tema que es natural y hay que naturalizarlo además, y explicar que frente a los jóvenes lo importante es entregar la información.

Me quedan pendientes hartas preguntas.

Con el tema de los cursos *online* que me parecen súper bien, siento que caemos nuevamente en la distancia. Nosotros necesitamos acercarnos; estar con las personas; mirarles a los ojos.

Disculpen que sea autorreferente, pero estuve muchos años haciendo una obra con respecto al embarazo adolescente. "Domingo Siete" se llamaba, y en el foro que hacíamos al final, salía mucho el tema de las infecciones de transmisión sexual, del aborto y temáticas que en los establecimientos tampoco se abordaban. Y si se abordaban se hacía con mucho reparo, con mucho cuidado. De hecho, muchas veces quise instalarla en municipios, y la respuesta fue: "No, acá no se quiere saber nada con el embarazo adolescente, ni nada con sexualidad.". Lo encuentro terrible. Nosotros tenemos que abrirnos con respeto, y este curso *online* va a servir en la medida en que se ponga en la práctica de manera amable, de manera contenedora, de manera empática con quienes lo necesitan, sobre todo con los niños y niñas que empiezan su vida sexual muy chiquititos.

O sea, creemos que son jóvenes de 15 o 16 años. Los embarazos de de niños son cada vez más frecuentes. Lo que pasa es que los ocultamos y no los queremos ver.

Eso quería decir, señora Presidenta. Si me surge otra duda o inquietud voy a consultar.

Muchas gracias.

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

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señora Presidenta, me pareció escuchar a nuestros invitados que tienen un convenio con Chile Positivo.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Sí.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Entonces, mi duda es, si Chile Positivo es una ONG, y por qué solamente con Chile Positivo, porque tengo entendido que hay varias más.

Gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tengo dos preguntas más.

Cuando hablan de la entrega de los condones -según la gráfica mostrada eran 117.164- ¿se los entregó el Minsal o los compraron ustedes?

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- El Minsal.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Como Instituto Nacional de la Juventud, ¿están comprando al año una cantidad de condones?

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- No.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Perfecto.

Por último, en relación con los 10.249 test que se han desarrollado, al calcular da 0,30 por ciento de identificación de reactivos, que es por debajo de la media nacional. Eso tiene que ver con la focalización y por eso hemos insistido en la focalización.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Señorita Presidenta, nosotros no tenemos la respuesta única para abordar el tema del VIH. Además, la gran lección que hemos tenido es que tenemos que trabajar sí o sí intersectorialmente. Nosotros no somos los expertos, estamos más cerca de los jóvenes, pero no somos los expertos. Nuestra decisión es trabajar con la sociedad civil porque ahí está la fuerza y la sabiduría, también con el Ministerio de Salud porque mucha información es de temas técnicos. De esta articulación, hemos desarrollado este programa más integral porque el VIH no se aborda solo desde el municipio sino que se debe hacerlo de manera integral distribuido territorialmente a lo largo de Chile.

Efectivamente el curso *online* es una metodología, pero, además, vamos a trabajar con cursos presenciales con más de 650 jóvenes. Creemos que tenemos que formar a formadores de jóvenes que hagan prevención en temas de VIH, salud sexual reproductiva a propósito del embarazo adolescente, etcétera.

Puede ser que el sistema *online* nos haga ver más distantes, más fríos e individualistas, pero tampoco podemos ser ciegos y no leer los datos que señalan que los jóvenes están vinculados a esas formas de comunicación.

Por lo tanto, vamos a fomentar el trabajo directo y presencial, pero no podemos ser ciegos y tenemos que abordar cómo los jóvenes se informan y por eso mismo se plantea la idea de desarrollar cursos *online*.

A propósito de todas las temáticas, porque el VIH no tiene que ver necesariamente con una temática, es que para el 2020 proyectamos este programa "Hablemos de todo" que incorpora el tema del VIH, y que trata temas de diversidad -se hablaba del LGTBI-. No creo que haya la conexión necesaria. Creo que nuestro desafío es hablar de estos temas que hoy en Chile no se hablan. Por eso, para el 2020, nos interesa hablar de suicidio, de diversidad, de consumos problemáticos, de temáticas implicantes que no necesariamente son problemas. Cuando decimos a los jóvenes que son problemas, estamos prejuiciando aquellas temáticas que para ellos son relevantes.

Mediante este programa, que es un modelo basado en un programa de Inglaterra y de Argentina, queremos hacer una conexión cercana y directa con los jóvenes. En la primera etapa, consiste en entregar información técnica y oficial. ¿Qué hace un joven cuando quiere informarse sobre embarazo adolescente, VIH, salud mental -a propósito de la pregunta de Claudia-? Se va a internet donde hay una serie de foros y la información no es necesariamente oficial. Queremos llegar a los jóvenes con un lenguaje directo y juvenil y con información oficial porque esos foros no sirven. Sin embargo, no hay que desconocer que el principal mecanismo de información de los jóvenes son las redes sociales.

En la segunda etapa, a propósito de estar más cerca, de la contención, que es significativa porque hoy vivimos en un mundo muy individualizado y somos muy conscientes de eso, vamos hacer un chat para que los jóvenes puedan informarse y preguntar sobre estas temáticas. Por ejemplo, los jóvenes podrán preguntar por temas de prevención, de VIH, etcétera,

que es la mirada integral que queremos darle en el sentido de conectarnos con las necesidades de los jóvenes.

Otro tema que se planteaba respecto de la focalización del camión, la verdad es que el camión es un piloto. Cuando uno hace un piloto lo que hace es buscar estrategias que faciliten y que sean masivas. Decidimos empezar trabajando con la Región Metropolitana readecuando este camión. La definición de los lugares la hicimos, principalmente, con un análisis de Injuv en conjunto con la seremi de Salud, preguntándonos dónde están los jóvenes y por eso se hace en el barrio República. Identificamos, no georeferenciamos ni usamos indicadores complejos, más bien a partir de nuestra experiencia y de la experiencia de la seremi Metropolitana de Salud, y definimos los lugares clave adonde teníamos que llegar.

La verdad es que creemos que ha sido muy eficiente y por eso queríamos compartirle el video porque se expresa desde la manera vivencial de los jóvenes qué significó este test rápido, evidenciando que muchos de los jóvenes se lo hacían por primera vez. Nos parece un mecanismo útil para la prevención del VIH, integrado con el acompañamiento a través de talleres, formador de formadores, cursos *online*, etcétera. Pero no solo desde el Instituto Nacional de la Juventud, sino que tenemos la convicción de que tenemos que hacer un trabajo colaborativo e integral con la sociedad civil. Creo que ese es el mecanismo.

En este proceso, otra cosa que hemos identificado es que las campañas diseñadas por los jóvenes pueden ser significativas y estamos dispuestos a trabajar en esa línea. Por ejemplo, una campaña comunicacional diseñada por jóvenes y para jóvenes, considerando que es la edad con mayor prevalencia de VIH.

Había preguntas sobre salud mental y cuántos preservativos hemos entregado en 2019.

El señor **VALDÉS**.- Señorita Presidente, la meta es muy similar al 2018, no tengo certeza del número, pero queremos llegar a 120.000.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Todos los años vamos entregando un número de preservativos que nos administra el Ministerio de Salud.

El señor **VALDÉS**.- Pero ha sido una tendencia que en los años no ha subido demasiado.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Se distribuye regionalmente, con el criterio del porcentaje de población de jóvenes en relación con la población total.

El señor **VALDÉS**.- Se reparte por intermedio de las direcciones regionales, a propósito de la pregunta que se ha formulado, porque están la dirección nacional y la regional. El Ministerio de Salud nos los entrega y nosotros los repartimos a las direcciones regionales y ellos entregan en las sedes y también en eventos de jóvenes.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Han evaluado adquirirlos como Instituto Nacional de la Juventud para complementar esas cifras?

El señor **VALDÉS**.- Esto partió con el convenio con el Ministerio de Salud; el Minsal nos entrega los preservativos y nosotros los entregamos a los jóvenes. No está en nuestra mente, hoy día comprarlos directamente.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Los test, también?

El señor **VALDÉS**.- Sí, los test, también se entregan por parte del Minsal.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Bueno, no sé si conocen el Instituto Nacional de la Juventud y el presupuesto que tiene, lo que no nos da para hacernos cargo de todo el problema del VIH. Por eso esta idea de hacer alianzas con expertos, con el Ministerio de Salud y con la sociedad civil. En ese contexto, tenemos la ventaja de que nos encontramos a lo largo de todo Chile a través de las direcciones regionales y, además, contamos con una cercanía a los jóvenes, lo que permite aprovechar que existe una oferta y llevarla o distribuirla de manera cercana a la juventud de nuestro país. Ese es nuestro objetivo.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Producto de la primera experiencia, entendiendo que es piloto en términos de ver cómo va funcionando, si el resultado de la prevalencia fue más bajo que a nivel nacional y obliga a focalizar el testeo, ¿qué decisión han tomado? Ya pasó la experiencia piloto, ¿qué viene en la segunda etapa? ¿Lo han evaluado y han visto cómo?

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Sí, nosotros hicimos una evaluación de los costos del camión, pero tenemos que trabajarlo en conjunto con el Ministerio de Salud. Evaluamos este piloto como positivo y luego priorizamos tres

regiones del norte -me parece Antofagasta-, bueno, tres regiones en donde identificamos que la prevalencia del VIH en jóvenes es mucho mayor que en el resto. La idea es que este mismo camión -ahí tenemos que definir- pueda viajar por estas regiones, durante un periodo acotado de dos o tres meses. Como tenemos definido cuántos test se sacan a diario mediante el camión, hicimos una proyección de trabajo en tres regiones. Esas decisiones dependen del trabajo colaborativo con el Ministerio de Salud porque nosotros no sacamos los test con nuestros recursos, sino que generamos un espacio que no solo es el test, sino también se entrega información a los jóvenes, acompañamiento, hacer actividades recreativas. En el fondo un modelo más integral.

La señora **CRISÓSTOMO** (doña Bernardita).- Normalizar un poco. Parte de lo que estamos buscando es sacarle ese estigma; en el fondo, los jóvenes quieren esa información de manera más confidencial, como por atrás, como lo hacen estos medios digitales. Creemos que hablando y visibilizando estos temas, porque son temáticas que les importa.

Otra punto es normalizando el hecho de hacer el test como un espacio informativo, donde puedan ir con amigos, va a cambiar la percepción para que no se vea como un estigma.

El objetivo final es que sea un examen de rutina, que esté dentro de los que se hacen los jóvenes regularmente, para avanzar en la prevención de infecciones de ese tipo.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señora Presidenta, pregunté por qué solo con Chile Positivo.

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

El señor **VALDÉS**.- Chile Positivo fue una de las primeras organizaciones con las que partimos trabajando. Hubo una licitación respecto de hacer test rápidos en regiones y por las experiencias positivas que ellos han tenido en trabajos con el Ministerio de Salud; se adjudicaron la mayoría. Por su expertise, decidimos que ellos impartieran los cursos.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- De todas maneras, en base a nuestro abordaje integral, estamos trabajando con Movilh, con Chile Positivo y con Todo Mejora, por ejemplo, para los temas de la plataforma.

Estamos consientes de que debemos escuchar las posturas de todos los actores de la sociedad civil y ser capaces de integrarlas, para hacer una política más efectiva.

Estamos súper claro en eso, señor diputado.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Hay una pregunta que no han respondido, que para nosotros es importante. Tiene que ver con la evaluación que ustedes hicieron de la última campaña comunicacional.

Algo mencionaron ustedes acerca del protocolo, del algoritmo que es utiliza para la toma del examen.

¿Qué opinan de lo que está considerado en la ley de SIDA respecto del consentimiento por escrito de los jóvenes para informar el resultado o, incluso, para la toma del examen?

El señor **VALDÉS**.- En cuanto a la campaña comunicacional, estamos al tanto de lo que se hizo y estamos trabajando con el Ministerio de Salud en la nueva campaña. Hemos hecho una propuesta con el objetivo de que sean los jóvenes quienes se hagan cargo de esta campaña a través de las universidades y de facultades de publicidad. Eso es enriquecedor, porque cuando el joven hace la campaña, aprende, y eso tiene el efecto de que ese joven informa a otro. Esa es nuestra propuesta. De esa forma le hemos hecho saber al Minsal qué pensamos respecto del tema.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Para complementar la respuesta puedo decir que no tenemos una evaluación materializada de la campaña; sin embargo, nuestro trabajo consiste principalmente en colaborar con el Ministerio de Salud desde nuestra experiencia con los jóvenes, y generar esta campaña, que para nosotros es pertinente, jóvenes con jóvenes, donde ellos sean los protagonistas. Ese es foco que estamos trabajando de manera multisectorial.

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

La señora **MARZÁN** (doña Carolina).- Señora Presidenta, si esta es una campaña dirigida a los jóvenes, les deberían entregar más recursos, más facultades, y un protagonismo real, de parte de quienes lideran estas campañas o programas.

Lo digo porque cuando hablábamos de aborto en tres causales, por ejemplo, había grupos de trabajo integrado solo por hombres; no había ninguna mujer.

Este es un tema atingente estricta y directamente a los jóvenes, y quienes mejor llegarían a ellos, por razones de edad, por su preparación y empatía, y por todas las habilidades blandas que se requieren, son precisamente los jóvenes.

Estoy tratando de aportar con mi opinión a las campañas que se hacen. Por favor, no lo tomen con un ataque, este es un tema de Estado, que no es de ahora, por algo los índices de VIH se han disparado de manera horrorosa.

Mi generación es de la época en que la gente prefería no hacerse el examen porque un resultado positivo significaba la muerte. Hablo de hace veinte o treinta años.

Hoy, en cambio, los jóvenes toman el tema de manera mucho más natural, pero igualmente hay un asunto preocupante y que tiene que ver con los protocolos, y creo que a ese respecto hay que tomar las medidas pertinentes.

Hace poco me hice varios exámenes, y dentro de ellos el de VIH, firmé el consentimiento respectivo, y cuando fui a retirar los exámenes, en un centro de salud privado, los exámenes casi estaban publicados en el diario mural; es decir, me entregaron los resultados impresos en un papel sin sobre, en circunstancias de que había sido un protocolo muy privado. Sin embargo, cuando fui a retirar los resultados, el primero que me entregaron fue el de VIH y los resultados estaban a la vista.

Entonces, pensé en los jóvenes que tienen reticencia o susto de hacerse el examen. Se lo comenté al médico especialista cuando le llevé los resultados, quien me dijo que le había llegado un reclamo de una persona que obtuvo el resultado de sus exámenes por internet, en una clínica privada en Santiago -lo mío fue en la Región de Valparaíso-, en circunstancia de que son exámenes que se deben entregar de manera presencial.

Hay un descuido muy grande en relación con los protocolos. Si queremos acercar a la gente tenemos que ser cuidadosos, respetuosos, poner más ímpetu en eso.

Insisto, si ustedes son los jóvenes que quieren llegar a más jóvenes y prevenir, tienen que hacerse parte y exigir, o el ministerio tendrá que tomar el resguardo, las precauciones o las acciones necesarias.

Por otro lado, entiendo que hay información de tres regiones, y me encantaría saber cuáles son las otras cuyos índices de VIH son elevados.

Es importante llegar a regiones que tienen un índice menor, porque somos un país reactivo, no proactivo; por lo tanto, reaccionamos después de que las cosas suceden.

Entonces, estas campañas no deben discriminar. También es muy importante llegar a lugares donde hay un bajo índice de casos de VIH, justamente para prevenir.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Soledad).- Señora Presidenta, ¿Podemos ver el video?

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tenemos más invitados, pero si lo dejan, lo veremos después.

Les haremos llegar una copia del informe final de esta comisión investigadora, porque sería bueno que recojan las ideas que se han manifestado durante el desarrollo de esta comisión, lo que les permitirá hacerse cargo de temas que tienen que ver con la población en la que ustedes han enfocado su trabajo.

Lo planteado respecto del consentimiento no es un tema menor; como sugerencia, para que lo revisen.

Les agradezco su participación.

Haremos ingresar a don Carlos Beltrán, presidente de la Corporación SIDA Chile.

-Ingresa el invitado.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Damos la bienvenida al señor Carlos Beltrán.

Le ofrezco la palabra.

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

Los primeros cinco minutos de mi presentación serán para dar el contexto epidemiológico de lo que está pasando en Chile, con los datos reales del período que se investiga, 2010-2018, y hacer énfasis en un punto controversial que, de alguna manera, tiñe e impide ir a los problemas de fondo, como es el impacto de la migración en las cifras actuales del país.

En el período 2010 a 2017 hubo un aumento de 96 por ciento en los casos nuevos de VIH en Chile, pasando de 2.968 a 5.816, y si agregamos el 2018, en que fueron 6.948 casos, significa un aumento de 2.5 veces en el número de casos nuevos.

No se ve que la situación vaya a revertir. No tengo los datos actualizados del primer trimestre del ISP, pero del primer bimestre -enero y febrero- pueden ver en la última barra que respecto del mismo bimestre del año anterior había aumentado nuevamente el número de casos nuevos, lo que hace proyectar del orden de 8.000 casos nuevos para 2019.

Como se ha dicho, el 47 por ciento de los casos nuevos se da en menores de 29 años, lo cual es radicalmente distinto

de lo que ocurría en 2010. Como pueden ver, en el período 2010-2015 prácticamente más del 40 por ciento de los casos se daba entre los 30 y 39 años. Actualmente, específicamente en hombres, hay más casos nuevos entre los menores de 29 años que en los mayores de 30.

A esto se agrega el aumento que han tenido las otras ETS en los jóvenes. Ustedes ven que la gonorrea, en los últimos años, donde más se ha disparado es en los grupos etarios entre los 15 y los 19 y los 20 y 24 años.

¿Por qué insisto en esto? Porque la gonorrea es un indicador de exposición a conductas de riesgo. Recién la semana pasada se expuso que el VIH puede aparecer varios años después. Por lo tanto, lo que nos está indicando la gonorrea ahora es el problema que vamos a tener con el VIH en los próximos años. En consecuencia, es una alarma temprana, y esto lo único que está indicando es que el problema no va en disminución, en términos de incidencia, sino que va en aumento. Pero más allá que eso, con todas las discusiones de si Chile tiene mejores registros y por eso tiene más casos, o si tiene más inmigrantes y por eso tiene más casos, en Chile la gente se está enfermando más de gonorrea, lo que significa que hay más conductas sexuales de riesgo en el país. Lo traigo a colación, porque ha habido una gran cantidad de mala información o de mala interpretación respecto de cuál es el impacto de la migración en las cifras en Chile.

De nuestro hospital, diputado Castro, traje esta realidad, un bajo control, pues tenemos 2.137 casos con VIH en control en el hospital Barros Luco, de los cuales el 20.9 por ciento son extranjeros, principalmente venezolanos y haitianos.

Se han dado cifras sobre aumento en el número de casos en Chile como consecuencia del aumento de casos en migrantes, pero hay que hacer una distinción: Ser migrante no significa traer el VIH a este país. Incluso, se ha dicho de manera peyorativa: "Estos negros que vienen a contagiarnos a nuestros blancos".

Fíjense que de los migrantes que hemos recibido durante el 2017, ¿cuántos llegaron con VIH y cuántos adquirieron el VIH en Chile?

Si hacemos la excepción de los venezolanos, que efectivamente vienen a Chile a buscar terapia, porque no tienen terapia en su país, más del 80 por ciento de los migrantes que

recibimos han adquirido el VIH en Chile, lo cual significa que nuestro país debiera figurar en los libros de consejería de los viajeros como un país de riesgo de adquirir el VIH.

Ahora, ¿por qué tanto migrante adquiere el VIH? Porque los migrantes están particularmente expuestos a condicionantes sociales de riesgo para adquirir la infección. Por ejemplo, se ven impulsados a tener sexo por dinero, sexo por bienes, sexo por permanencia, incluso, sexo por entrada al país. Por lo tanto, son una población especialmente vulnerable y en ningún caso debe ser estigmatizada como responsable del aumento del número de casos en Chile, sino que como víctima del aumento de la transmisión del VIH en Chile.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Tienen la distribución por sexo, hombres y mujeres?

El señor **BELTRÁN**.- Señorita Presidenta, el problema en Chile, tanto en la población de nacionalidad chilena como migrante, es principalmente en hombres -voy a mostrar los datos para Latinoamérica-, con excepción de la población haitiana y dominicana, en general caribeña, que tienen una epidemia más generalizada, más al estilo africano, en que la distribución hombre mujer es similar. En consecuencia, el impacto de la población haitiana es muy relevante en la transmisión vertical. Los casos de embarazo en VIH se están dando principalmente en haitianas. Todo lo demás, hombres.

Quiero desmitificar esto de que somos los peores de la región. Yo creo que sí somos los peores de la región, pero no somos los únicos en la región.

La región no está bien; son datos de Onusida. El número de casos nuevos ha disminuido solo un 1 por ciento en los últimos 7 años, entre 2010 y 2017, a diferencia del mundo, donde los casos nuevos han disminuido en un 18 por ciento. Pero el principal problema que se supone que tiene la región es la heterogeneidad.

Por ejemplo, Onusida dice que en Perú los casos nuevos han disminuido en un 14 por ciento y que en Brasil han aumentado en 3 por ciento. En cambio, en México han aumentado en un 12 por ciento; en Argentina, un 8 por ciento; en Costa Rica, un 47 por ciento y en Chile un 85 por ciento. Ya vimos que aumentaron en un 96 por ciento, y por eso nos ponen en rojo dentro de los 10 países que más ha aumentado el número de casos.

Creo que sí estamos en rojo, pero los otros países de la región no están tan paliduchos, pues si vamos a los datos reales de Perú, la inmigración peruana siempre ha sido muy relevante en Chile, por lo tanto, es importante verlo, porque se decía que había una disminución del 14 por ciento, pero los datos reales muestran que para el mismo período la cifra real es de un aumento de un 26.7 por ciento.

Si seguimos con Perú, veremos lo mismo que ocurre en Chile, donde la curva azul representa los casos nuevos en personas entre 30 y 39 años, y la curva verde, entre 18 y 29 años y lejos sobrepasó a la curva azul.

Ahora, si vemos el comportamiento sexual en los mayores de 15 años, la curva verde es de los hombres que tienen sexo con hombres, mientras que la curva amarilla es de los heterosexuales, donde la cifra ha ido a favor de los hombres que tienen sexo con hombres, en general, en los mayores de 15 años. Pero este dato es muy relevante, pues si se aprecia la población entre 15 y 24 años, claramente es en hombres que tienen sexo con hombres.

En el caso de Colombia, es lo mismo, pues aparece con una epidemia estable en los reportes y ha tenido un aumento de un 40 por ciento en el número de casos. Por lo tanto, cuando digan Chile es el país que está peor en el mundo, sí, es uno de los peores, pero en Latinoamérica este es un fenómeno que está ocurriendo.

La razón masculinidad, hombres versus mujeres, en Colombia, también se disparó a favor de los hombres, y los jóvenes representan un 45 por ciento. El impacto de los migrantes también es menor, al igual que acá.

Estos son datos del grupo latinoamericano, donde soy presidente del Comité de Sida de la Asociación Panamericana de Infectología, y tenemos este registro de 15 países de la región con más de 116.000 personas con VIH que están en control. Como pueden ver, el porcentaje de casos nuevos de hombres entre 15 y 29 años con VIH era 34 por ciento; sin embargo, solo en cinco años subió a 47 por ciento. En las mujeres no se ve este mismo impacto.

En la lámina siguiente se representa la relación hombre-mujer en toda Latinoamérica. En 2013, las mujeres representaban el 22 por ciento de casos nuevos, y hoy solo el 16 por ciento. ¿Qué está ocurriendo en Latinoamérica? La epidemia se está hiperconcentrando en hombres jóvenes que

tienen sexo con otros hombres, foco en que la migración no queda ausente del fenómeno. Pero esto que está ocurriendo en la región, no es lo que está ocurriendo en el mundo. En Estados Unidos, por ejemplo, durante los mismos años que les he reportado -2012, 2013 a 2017-, el número de casos nuevos se mantiene estable, considerando a adolescentes, jóvenes y a las poblaciones más vulnerables, como hispánicas y afroamericanas, a diferencia de lo que estamos viendo en la región, donde el número de casos nuevos va en aumento.

Ahora haré un análisis sobre lo que está ocurriendo, señalaré cuáles son los factores asociados a esta dramática situación y los concentraré en tres aspectos fundamentales.

En Chile ha habido un cambio del comportamiento sexual, especialmente en la juventud. Asimismo, existe una falta grave de políticas públicas y existe una invisibilización del problema VIH hasta el año pasado, cuando recién comenzó a ser más conversado el tema. De hecho, antes era frecuente escuchar a gente decir: "¿Cómo? ¿Hay VIH en Chile? Nosotros pensábamos que eso ya no existía".

Voy a resumir el análisis del cambio comportamental, porque es bastante largo. ¿En qué cambio el comportamiento sexual de nuestra juventud? La edad de inicio de la vida sexual es más temprana, los jóvenes tienen un mayor número de parejas sexuales y los encuentros sexuales ocasionales, sin connotaciones afectivas, ni siquiera pasionales, son una realidad. Existe esta exploración sexual y esta pansexualidad, que ha hecho que al LTGB (lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros) se le agregue la "I" (intersexuales), la "Q" (queers) y el "+", por lo que el alfabeto ya no es suficiente para los distintos patrones de comportamiento sexual. Además, en Chile existen fuertemente las citas por internet, los encuentros sexuales colectivos y el uso de alcohol y droga recreativa, aspecto en el que lidera la región. Todo esto significa la "no adopción de conductas de sexo seguro".

La Corporación ha estado haciendo testeos en las universidades; pero no solo estamos haciendo testeo, sino que también estamos haciendo una encuesta de comportamiento sexual anónima. Este estudio se realizó en mi universidad, Universidad de Santiago, instancia en que preguntamos a más de mil jóvenes cuál había sido el número de parejas sexuales durante el último año, y solo el 3,5 por ciento contestó cero.

No sé si recuerdan, pero las políticas de prevención estaban orientadas al ABC, donde la letra A era la abstinencia sexual o el retraso del inicio del área sexual, por cuanto solo hubo un 3,5 por ciento de seguimiento de la letra A. La letra B era la fidelidad o pareja única, y el 45 por ciento dijo haber adherido a la pareja única durante el último año. El punto es que todo el resto, es decir, más del 50 por ciento señaló haber tenido más de una pareja sexual durante el último año. No quiero parecer antiguo, aunque lo soy, pero hasta hace no mucho tiempo se decía que dos parejas sexuales o más en un año era conducta promiscua. Entonces, más del 50 por ciento de nuestros jóvenes serían promiscuos, si mantuviéramos ese criterio.

Aquí viene algo que quiero destacar. Me alegré mucho de que finalmente se vaya a hacer un estudio nacional de sexualidad, porque creo que en 2003 se realizó el último estudio nacional de comportamiento sexual, vale decir, han pasado 16 años y seguimos pensando que nuestra población tiene el comportamiento sexual que tenía en 2003; cosa que claramente no ocurre.

No me detendré en eso, sino que voy a ir a la falta de políticas públicas, que es a lo que la comisión está abocada. Veamos cuáles han sido las políticas públicas en prevención en estos últimos ocho años, aunque sería lo mismo decir en los últimos treinta años. Las políticas públicas se han abocado a promover inicialmente la abstinencia, la fidelidad, el condón y, posteriormente, solo a promover el condón, a través de distintas estrategias. Recuerdo a algunas ministras, una de ellas ahora decana mía, quienes salieron para una Copa América -creo que en la anterior- diciendo que protegieran la meta. En fin, así se han hecho una serie de otras iniciativas promotoras del uso del condón.

Después surgió otra iniciativa, parte de la prevención combinada, que es la realización del test, porque la prevención sin testeo no existe. O sea, no quiero ir en contra de lo que dijo el Instituto Nacional de la Juventud, porque está muy bien que se repartan condones, pero las personas primero tienen que hacerse el test. La repartición de condón por sí sola no funciona, tiene que ser acompañada de la realización del test, lo que ha sido bastante promovido en alguna de las últimas campañas.

¿Qué impacto ha tenido esto? En la imagen están las cifras de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (Encavi) que hace el Ministerio de Salud, las cuales han generado una cierta autocomplacencia ministerial, en cuanto a que habría un impacto en el uso de preservativo en la primera relación sexual entre los jóvenes. En la presentación, el color verde representa a los jóvenes entre 15 y 19 años y el amarillo a los jóvenes entre 20 y 29 años. En la primera etapa, entre 2006 a 2016, el uso del condón en la primera relación sexual habría aumentado de 50 a 69 por ciento y, en la segunda etapa, de 35 a 51 por ciento; sin embargo, la Encavi no muestra estas cifras. Si vamos específicamente a los grupos entre 15 a 24 años, en la Encuesta Nacional anterior el 62,8 por ciento de los jóvenes decía usar condón y, en la última encuesta, solo el 22 por ciento dijo usar consistentemente condón.

Por lo tanto, quiero decir con todas sus letras, señor Presidenta, porque no estoy para eufemismos a estas alturas del partido, que las políticas públicas centradas en la abstinencia, fidelidad y condón han fracasado en el país durante todo el último tiempo. Asimismo, el incentivo al testeo tampoco ha dado resultado, porque si comparamos las mismas dos encuestas nacionales de salud, 2009-2010 y 2016-2017; en la primera, el 44 por ciento de los encuestados pertenecientes al grupo etario entre 25 y 44 años, dijo haberse hecho el test, y en 2016 solo el 24 por ciento. O sea, hay más población que no se ha hecho el test.

¿Por qué no se hacen el test? Esto también lo investigamos. Según una encuesta que realizó la Universidad de Santiago, el 76 por ciento de los jóvenes nunca antes se había hecho el test, siendo la primera vez que se lo hacían en esta iniciativa de testeo en la universidad. Quiero aclarar que no es que no se lo hagan por miedo, dado que solo 7,8 por ciento dijo que no se lo hacía por ese motivo. Además, el Instituto Nacional de la Juventud (Injuv) señaló que habían tenido gran aceptación en la realización del test y en la Universidad de Santiago tuvieron que parar y dar horas para seguir haciendo el test. Lo mismo pasó en la Universidad de Chile, donde tuvieron que extender la realización del test.

Es evidente que los jóvenes sí se quieren hacer el test, pero no tienen un acceso expedito a él. Hemos tratado de contribuir en eso, no solo en la Universidad de Santiago, sino también en la Universidad de Chile, la Universidad de Tarapacá,

la Universidad de Talca y la Universidad de Concepción. Además, en Coyhaique y en Aysén hemos repartido test, con gran aceptación de parte de los jóvenes.

Quiero cerrar esta parte con lo que probablemente el doctor Afani ya les debe haber mostrado, me refiero a los resultados del testeo de la Universidad de Chile. El resultado del testeo depende de la focalización que se haga, porque si uno focaliza bien, va a encontrar más parejas sexuales y más conductas de riesgo. Los resultados fueron los siguientes: los jóvenes universitarios tenían en promedio tres parejas sexuales durante los últimos doce meses. Uso de drogas durante los encuentros sexuales, 67,6 por ciento de los jóvenes señaló haberlas consumido, siendo principalmente la marihuana, pero también otras; uso de condón siempre, aquí se refrendan los datos de la Encuesta Nacional de Salud, dado que el 31 por ciento de los jóvenes dijo usar siempre condón; sexo por contacto vía web, el 36 por ciento de los jóvenes dijo haberlo practicado, considerando que es una conducta de altísimo riesgo, sobre todo si se asocia a uso de drogas recreativas y, finalmente, personas que nunca se habían hecho el test, 60 por ciento de los jóvenes.

¿En qué consiste la prevención combinada? ¿Qué recomienda la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas?

Tiene tres áreas de intervención que no han funcionado en Chile durante todo este tiempo.

En primer lugar -por deformación profesional-, mencionaré las biomédicas, y aquí hay cinco pilares de la prevención.

Prevención combinada en adolescentes en lugares de alta prevalencia. Eso no se está haciendo en Chile.

Prevención combinada en poblaciones clave. Aparte de los jóvenes y adolescentes, la otra población clave son los migrantes, y eso no se está haciendo en Chile.

Programas integrales de condones. Hay iniciativas aisladas, métodos bastante *vis a tergo* (presión residual en la sangre al pasar de las arterias a las venas), bastante anacrónicos de repartición de condones en la administración pública, no hay políticas innovadoras para poner los condones en una posición de fácil acceso para los jóvenes.

Servicios de salud sexual para adolescentes y jóvenes centrados en la comunidad.

La diputada dijo: los jóvenes no van a los consultorios. Eso lo sabemos, y lo sabe Naciones Unidas. Las estrategias para llegar a los jóvenes es a través de instancias comunitarias y de la participación de la sociedad civil, lo cual no existe. Existen algunas iniciativas y algunas casas de salud amigables en algunos municipios, pero las iniciativas municipales a través de las organizaciones de la sociedad civil no están fortalecidas.

En cuanto a la rápida introducción de la PrEP, la Profilaxis Preexposición, se está introduciendo pero de rápida no ha tenido nada. Esto se tiene que dar en un contexto estructural y comportamental que pasa por un entorno social propicio, un abordaje de género y antiviolencia, una protección de derechos, una equidad de acceso, una reducción de estigma y discriminación, una descriminalización de la transmisión, la promoción de conductas saludables, la generación de una cultura de la prevención, la asesoría en reducción de riesgo y una educación integral en salud sexual y autocuidado, con una base científico humanista y sin una de las lacras que tiene nuestro país que son los sesgos valóricos, ideológicos o religiosos en todo lo que tenga que ver con la sexualidad, desarrollados con profesionales de la salud y con la participación de la familia, que es lo que recomendamos desde la Asociación Panamericana de Infectología como los estándares de testeo y prevención en los jóvenes.

¿Qué ha pasado?

El diputado Castro se debe acordar, cuando estuvimos en esta misma comisión denunciando que la ministra Castillo y el gobierno de la época no estaban avanzando en materias de VIH.

¿Qué surgió de acá?

Un piloto de testeo que se realizó a fines de 2017 y principios de 2018 en que por primera vez en Chile se aplicaron los test rápidos. Noviembre de 2017, antes no se hacía, salvo algunas organizaciones de la sociedad civil que, como iniciativas aisladas, aplicaban el test rápido con bastantes visos de ilegalidad porque tampoco había una regulación que lo permitiera.

Surgió esta iniciativa del testeo rápido y se hicieron 1.800 pruebas.

¿Qué pasó después? El ministro Santelices me invitó a desarrollar un plan VIH para hacer una intervención mayor,

supuestamente en el problema, colaboración que mantuve hasta el 31 de diciembre del año pasado. Este plan se desarrolló con la participación del intersector, colegios profesionales, sociedades científicas, sociedad civil y pueblos originarios, y tenía como objetivo generar esta responsabilidad social colectiva, avanzar hacia una cultura de la prevención, sin estigma ni discriminación, con equidad y acceso.

Esto es lo que está pasando en Chile, y aquí quiero poner énfasis en cuál era la importancia de este plan.

Esta es la inversión en antirretrovirales, no hablo de gasto aunque salió en el título, porque el tratamiento también es prevención. Tener a las personas indetectables hace que no transmitan, pero en otro contexto, en uno de testeo más abierto y de una vinculación efectiva. Ahí se produce la eficacia del tratamiento como prevención.

Hay un aumento importante del costo en antirretrovirales que debe asumir el Estado. Desde 2017 a 2018 creció de 63.500 millones a 98.300 millones de pesos, y para el 2019 estaba presupuestada una expansión a 124.000 millones de pesos que no se concretó y se mantuvo el presupuesto en 98.300 millones de pesos.

¿Por qué traje esta cifra?

No vine a hablar de tratamientos, las políticas públicas en Chile han funcionado; tenemos las terapias de última línea, tenemos centros capacitados aunque insuficientes y tenemos una buena inversión en antirretrovirales. El problema es que la inversión en prevención no va a la par con la inversión en tratamientos. Por ejemplo, en 2017, frente a este presupuesto en tratamiento para prevención fue de 2.500 millones de pesos, lo que representa el 3,5 por ciento del total del presupuesto destinado al combate contra el VIH, pese a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud para que el presupuesto destinado a prevención no puede ser inferior al 15 o 20 por ciento del total destinado a la acción contra el VIH.

En 2018, el anuncio del plan contemplaba el aumento a 18.500 millones de pesos del presupuesto para prevención, con lo cual se corregía esta falencia y se llegaba al 15,8 por ciento del total de la inversión en el combate contra el VIH destinado a prevención. Dicho monto se destinaba en estas áreas: comunicación social, 1.040 millones de pesos, con los

objetivos de llegar a cero estigma, una cultura de la prevención, estrategias innovadoras, tecnología y lenguaje.

Dichos objetivos los tengo en letra cursiva en la presentación porque se trata de metas no logradas, a pesar de que las estrategias de comunicación social que se emplearon, malas o buenas, con mayor o menor impacto, provocaron polémica. Creo que la polémica es muy importante para la visibilización del problema.

En prevención combinada, 11.150 millones de pesos; educación en salud sexual, ciento por ciento en educación básica y media, lo que no se ha concretado. Entiendo que recién está en conversaciones.

El test rápido en el ciento por ciento de los Establecimientos Primarios de Salud (APS), más nivel comunitario y autotesteo, con la meta de testear al 60 por ciento de la población de 15 a 29 años y al 20 por ciento de la población de 30 a 49 años, lo que aún no se ha cumplido.

El plan contemplaba 1.850.000 test rápidos y según entiendo -va a estar el jefe del Programa de VIH por lo que se le puede preguntar- se han realizado alrededor de 100.000 test rápido durante este año, bastante lejos del 1.800.000 y de los 1.800 que se había aplicado hasta el año anterior, según la visión que se le quiera dar. Por lo menos, la disponibilidad del test rápido en los APS está en el ciento por ciento. Durante este año comenzó a entregarse el test rápido para realizar las pruebas en el nivel comunitario.

La disponibilidad del condón masculino y la introducción del condón femenino son metas que se han concretado, pero lograr que esto llegue de manera efectiva a la gente sigue siendo una meta pendiente.

En cuanto a testear y tratar en diez días, no se ha avanzado. Hay una serie de limitaciones regulatorias que, incluso, han empeorado durante esta gestión, pues impiden lograr un diagnóstico y vinculación rápida.

PrEP y PEP (profilaxis pos-exposición) todavía no están disponibles, a pesar de que el protocolo está listo. Incluso, nuestro hospital se ofreció para comenzar con la aplicación, que se suponía comenzábamos en junio, pero todavía no nos ha llegado la PrEP.

Este Modelo de Atención, Gestión y Vigilancia que tenía destinado 6.000 millones de pesos para crear diez nuevos centros, se han creado solo cuatro.

Gestión de Fármacos se hizo y se terminaron los episodios de desabastecimiento que ustedes conocieron, al igual que la Comisión de Salud que conoció, con muchas declaraciones de la sociedad civil acerca de los problemas de distribución y abastecimiento de fármacos. La reducción de los costos de los antirretrovirales se hizo realidad, pero la integración efectiva de los niveles de atención y la incorporación del nivel comunitario siguen siendo un tema pendiente.

La gestión central unificada tampoco es una realidad y el decreto GES que debía estar listo en diciembre para entrar en vigencia el 1 de julio, tampoco lo es.

La imagen muestra que según las Naciones Unidas, la OMS, de los países donde hay PrEP, el único país de Latinoamérica en que hay PrEP en sistema público -información actualizada- es en Brasil, Perú está avanzando fuertemente y Chile, se supone, se va a incorporar.

Para terminar, quiero hablar de la invisibilización del problema. En esto quiero destacar el trabajo que ha realizado la Corporación Sida Chile. Tuvimos esta muestra, que se llamó Chile tiene SIDA, en el Museo de Bellas Artes, en donde por primera vez se produjo una integración entre el mundo de la ciencia y el mundo del arte, con participación real de artistas de la talla de Mario Toral, Gonzalo Cienfuegos, Arturo Duclos, Bruna Truffa, Jorge Brantmayer, con una interacción muy potente con sociedad civil, con personas viviendo con VIH y con sociedad científica, que generó una muestra que tuvo altísimo impacto. Estuvo abierta durante 44 días, asistieron 54.000 personas, con un promedio de 1.227 personas diarias, principalmente jóvenes y familias, en que se habló del tema, se les entregaron mensajes de prevención muy potentes de no discriminación y no estigmatización.

Contamos -el diputado Castro se va a acordar-, con la presencia del presidente de la Sociedad Internacional de SIDA, el doctor Anton Pozniak; tuvimos una reunión de la comisión donde nos preguntamos por qué no había estado presente Chile en el evento mundial de la Sociedad Internacional de SIDA. Tuvimos al presidente acá; estuvo en la exposición y hubo bastante cobertura en los medios y especialmente en los medios que ven los jóvenes, que no son ninguno de los que están ahí, sino que son las redes sociales. Tal como los jóvenes no conocen los consultorios, creo que no conocen los diarios en papel ni las radios, se me ocurre que solo usan ipod para su música.

Quiero destacar que estuvimos en Valparaíso, la diputada Santibáñez nos apoyó fuertemente, junto a varios otros diputados de la Comisión de Salud también participaron.

Digo esto porque es necesario, no traje la típica frase de Einstein, pero para no repetir los mismos errores no hay que repetir las mismas fórmulas. Para llegar a los jóvenes se necesitan estrategias innovadoras.

En ese tema hay una deuda pendiente muy fuerte, y quiero terminar con esto, esta es la ley N° 19.779, que data de diciembre de 2001, no encontré la cifra, pero les mostré de 2010 en adelante.

Pero entiendo, a lo mejor alguien tiene esa cifra acá, que al 2001 eran alrededor de 500 o 600 casos nuevos en Chile, y creo que es así, porque en ese tiempo la ex-Presidenta Bachelet dijo que tenían una gran preocupación ya que el número de casos nuevos había llegado a 600, hoy vamos en 6.900 y llegaremos a 8.000 este año. Esta ley viene de esa época, es una ley para 600 casos nuevos, no para 6.900.

Probablemente el nivel de estigma y discriminación que había en esa época y que existe en la actualidad, no voy a negar eso, es diferente al que persiste en los grupos etarios medios y mayores, que entre los jóvenes, este estigma tiende a ir desapareciendo y eso es una realidad.

Por lo tanto, aquí, es muy necesario cambiar desde los procedimientos que establece la ley para la confirmación diagnóstica, que se basaba solo en la medición de anticuerpos, ahora tenemos cargas virales, tenemos posibilidades de hacer un procedimiento de testeo mucho menos burocrático que el que establece la ley.

No es mi intención, créanme señora Presidenta y diputados, entrar a buscar culpables dentro de lo que ha sido la gestión ministerial.

A mi juicio son culpables todos los que están, los que han estado en los ministerios en estos años. Pero no están todos los que son, hay muchos más culpables; partiendo por la sociedad en su conjunto; por las familias; siguiendo por las sociedades científicas, que no hemos tenido a lo mejor la constancia o la creatividad para buscar nuevas fórmulas de prevención; continuando por el Poder Legislativo, me disculpan si los ofendo, pero también se requiere que tome cartas en esto y muy fuertemente la sociedad civil aquí presente, y creo que es probable que esto genere algún tipo de roce con la sociedad

civil, pero hay que decirlo, la sociedad civil del año 2001, impulsó con fuerte presión y fue la gran responsable de que surgieran estas leyes con un trabajo totalmente unido y con un objetivo común.

En la actualidad está totalmente disgregada y hay una sociedad civil que tiene intereses propios o parcelares, que no está unida detrás de un gran objetivo y que incluso se distrae en la búsqueda de afanes pequeños, de notoriedad o de poder. ¡Cómo tuve que sufrir yo con una parte de la sociedad civil, que a través de calumnias intentó generar un recurso de protección en mi contra! Culpándome de que estaba usando terapias experimentales en una persona a la que, por lo demás, quería mucho, siendo terapia GES y que por cierto fue totalmente desestimado.

Creo que este es un llamado para que de una vez por todas nos unamos, porque el problema del VIH en Chile no resiste más, por favor no sigamos invisibilizando el problema, no sigamos diciendo que aquí el asunto es de los inmigrantes. Aquí, el problema y los responsables somos todos.

Quiero agradecer a mi grupo, el grupo SIDA Chile, en ninguna parte del mundo, salvo las otras redes que hemos establecido en Latinoamérica, todos los profesionales de la salud que atendemos VIH constituimos una organización no gubernamental que busca información, que genera propuestas, que presiona por la adopción de políticas públicas.

Esta lámina que vemos, la traje casi como para reírnos de mostros mismos, indica el índice de miseria regional, nosotros estamos muy bien comparados con Venezuela, con Argentina, incluso, aparecemos como menos miserables que los otros países, pero esto podrá tener que ver con factores económicos, porque creo que en términos de respuesta país al VIH, somos probablemente uno de los países más miserables de la región.

Gracias, Presidenta.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero saludar al doctor Carlos Beltrán, con quien compartimos décadas en el hospital Barros Luco de Santiago.

Sé que él se ha dedicado en cuerpo y alma a ser infectólogo, en particular con respecto al VIH y ha hecho una

presentación brillante y objetiva del panorama en el que estamos hoy en nuestro país.

Quiero preguntarle al doctor Beltrán, recordando aquella época, a mediados de los 80, en que llegábamos al hospital Lucio Córdova a enfermedades infecciosas y veíamos a personas con SIDA en nivel terminal, muriendo, donde poco menos que se nos recomendaba ni tocarlos, porque la propia cultura médica estaba atravesada por estigmas; de eso a hoy, con toda esta negligencia social, en que hemos vivido, de dejar que esto transcurra, quiero preguntarle al doctor Beltrán si ha fracasado el paradigma de los 90, que era la triada, abstinencia, pareja única y condón.

Hoy en Chile nos enfrentamos a un mundo joven, que carece de elementos para enfrentar una estrategia, pese a querer. Me ha tocado ir a muchos institutos profesionales, colegios de educación media, y veo que los jóvenes efectivamente quieren, no tienen miedo, pero están muy ignorantes y desinformados del escenario epidemiológico en el que vivimos.

En ese sentido, ¿qué hacer en materia educativa, frente a uno de los propósitos que estaba señalado, que es la estrategia de educación sexual donde estamos prácticamente en pañales con los jóvenes?

¿Qué hacer en materia de test rápido y autotest? Sabemos que hoy estamos lejos de llegar a los lugares donde están los jóvenes, pero también estamos lejos de que haya adquisición más directa del test rápido.

Aquí, se comentaba en una sesión anterior, yo me dediqué a ir a las farmacias y revisar, y comprobé que los test rápidos están prohibidos en las farmacias, los fui a pedir y no estaban autorizados, me indicaron que no se pueden comercializar porque el Ministerio de Salud dice que solo ellos son los agentes que controlan, y no se puede distribuir ampliamente, porque si no se escaparían los supuestos positivos, por temor, etcétera. No hay.

¿Cómo frenamos las tendencias inmovilizadoras que hoy declaran compartir la estrategia de llegar, con una retórica entusiasta y acalorada para combatir esto, y por otro lado estamos con las manos atadas en la espalda sin promover la difusión, la distribución del autotest, de manera amplia y masiva en todos los puntos de venta? ¿Qué hacer ante ese fenómeno de detección?

Por último, ¿cuál es la tendencia que él ve que vamos a observar? ¿Qué números debiéramos esperar a fin de año? No solo en VIH, ¿qué debiéramos esperar en hepatitis vinculada a transmisión sexual, en sífilis, en clamidia, en gonorrea, qué pasa con el HTLV-1? Por mencionar otro mecanismo, pero también de transmisión sexual.

¿Qué sucede en la esfera de las diversas enfermedades de transmisión sexual que quedan como pariente pobre, a veces, porque se come el titular el VIH?

Aquí hay un *pack* de infecciones asociadas a la actividad sexual no protegida que también están sobre la mesa.

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

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señora Presidenta, me pareció escuchar que el señor Beltrán señaló que la mayor parte de los inmigrantes se contagian en Chile. ¿Usted dice eso?

El señor **BELTRÁN**.- Sí.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Si uno mira las cifras del Minsal, que fueron presentadas por el ministro Santelices en la primera sesión de esta comisión, él señaló que en 2017 el 52 por ciento de los extranjeros reconoció que había adquirido el VIH en otro país, porcentaje que subió a 60,7 por ciento en 2018. Estos datos fueron obtenidos a través de un autorreporte en una encuesta aplicada a todos los casos notificados por VIH.

Lo que quiero saber es de dónde provienen los datos que usted tiene y que señalan que la mayor parte de los migrantes se contagian en Chile. ¿De algún hospital? Porque según el Minsal, no es así.

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

El señor **BELTRÁN**.- Los datos que entregó el Minsal mostraban que en los últimos años el porcentaje de los nuevos diagnósticos en migrantes había aumentado más que el porcentaje de los nuevos diagnósticos en nacionales, lo cual es cierto. Y el dato del lugar de adquisición fue solicitado que fuera a evaluación en nuestro hospital. Tengo la base de datos sobre la que se hizo esa evaluación.

¿En qué consistió esa evaluación? Ahí está el universo total, expresado en números, no en porcentajes, porque esto es específicamente del hospital Barros Luco para un universo de ciento y tantos migrantes, porque no existen datos nacionales,

los cuales se podrían obtener y generar esa propuesta o indicación al Minsal de que esto lo estudiara a nivel nacional.

Reconozco que la situación puede ser distinta en Iquique, por ejemplo, en que la inmigración es mayormente boliviana, o en Antofagasta, en que es colombiana, pero yo estoy hablando de Santiago.

Esto muestra claramente que lo que usted dice, diputado Celis, es absolutamente cierto para Venezuela. Vienen con su diagnóstico. Por lo menos la mitad, o cerca de la mitad de las personas, saben que tienen VIH y vienen porque allá se quedaron sin tratamiento. Pero para los demás países el diagnóstico no había sido hecho en su país de origen.

Es cierto que podría ocurrir que vinieran con el VIH sin saberlo, que lo trajeran de allá, pero créame que eso es la minoría, porque esto está hecho con lapsos de tiempo y con una evaluación clínica de ingreso respecto del estado del paciente.

Por lo tanto, decir que la mayoría llega con VIH, en mi evaluación personal, creo que no es así, salvo Venezuela. La mayoría de la gente de Venezuela llega con el VIH, y la verdad es que si uno se fija en el perfil etario de los migrantes, no es el perfil etario que calce con la epidemia. Los migrantes no son este grupo de gente tan joven. Llegan por cierto más jóvenes, pero son gente de más edad.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Nos parece interesante el estudio que usted acaba de plantear y podría quedar como propuesta de esta comisión investigadora.

¿Habría acuerdo al respecto?

Acordado.

Tiene la palabra el señor Ángel González.

El señor **GONZÁLEZ** (don Ángel).- Señora Presidenta, sobre el punto, quiero agradecer el comentario y la pregunta del diputado Andrés Celis, porque el exministro Santelices, en la primera sesión de esta comisión, trajo una presentación, que ustedes tienen disponible, donde estaban todos los casos notificados por VIH, chilenos y extranjeros, según el país de origen de la infección, en Chile de 2017-2018. Ustedes lo tienen en su poder.

Obviamente, estaban todos los casos que había hecho este autorreporte, porque es una encuesta que se les entrega a los pacientes luego de ser notificados y ratificados por el ISP. En ese caso, por ejemplo, estaban considerados para el

año 2017, 719 extranjeros, un número bastante mayor al que nos trajo el doctor Beltrán, de los cuales el 52 por ciento declaró, por autorreporte, que había adquirido el VIH en otro país, y para el año 2018 aumentaba a 1.097 el número de personas de origen extranjero que declaraban, el 66 por ciento de ellos, es decir, 666 pacientes, que venían con el VIH desde otro país.

Es decir, es bueno hacer referencia a los antecedentes que ya se habían presentado en esta comisión, donde se muestra que al año 2018, el 60 por ciento de los pacientes extranjeros declaran, por autorreporte, que habían adquirido el VIH en otro país.

Efectivamente, no está el detalle que comenta el doctor, y sería interesante ver si lo tenemos, de la división por nacionalidad, pero por lo menos los datos de los grandes números, a nivel nacional, muestran que el 60 por ciento de los migrantes habían sido diagnosticados en otro país, según ellos mismos lo reportaron.

El señor **CASTRO** (Juan Luis).- Señora Presidenta, en consideración a que la gran inmigración en Chile es venezolana. ¡Ojo!

Entonces, que no haya contradicción entre las cifras. Se está marcando esa tendencia y tiene que revisarse.

El señor **GONZÁLEZ** (don Ángel).- Señora Presidenta, tiene razón el diputado Castro en cuanto a que es muy importante saber, si tuviéramos la información adicional, no solamente el país de origen del contagio, sino también si sabía o no que tenía la enfermedad, porque dependiendo de los años que tenga la enfermedad podríamos ver en qué etapa está. Además, si un paciente que no sabía que tenía la enfermedad, pero que está en etapa Sida, y si migró hace unos meses se contagió mucho antes de que haya migrado. Entonces, esos datos son muy interesantes para hacer las conclusiones.

Muchas gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Sí, pero como no existe ese cruce habría que construirlo. Probablemente, no va a estar para el informe final, pero lo vamos a pedir de todas maneras.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Retoma la palabra el doctor Beltrán.

El señor **BELTRÁN**.- Respecto de la educación, me hago la pregunta y no tengo la respuesta. ¿Cuánto de esto que estamos

viviendo es consecuencia de la suspensión de la educación en sexualidad en Chile hace equis años atrás?

Pienso que puede haber otras personas que tengan más habilidades para hacer esa construcción, pero sin duda lo que nos mostró el Instituto Nacional de la Juventud es absolutamente cierto: los jóvenes aprenden "de sexo" por Internet. Y vamos a ver qué tipo de sexualidad aprenden con todos los niveles y la veracidad de la información que hay allí.

Por cierto, la propuesta contempla la incorporación de la educación en salud sexual desde los primeros años de la educación formal, obviamente no con una docencia basada en la genitalidad, pero sí en el autorrespeto, en el respeto hacia las otras personas, y progresivamente ir entrando hacia la sexualidad propiamente tal.

También incluye la incorporación de los contenidos educativos en sexualidad en las pruebas que se realizan en los colegios, de modo de evitar la objeción de conciencia -no sé cómo se llama esto- cuando se dice que no está dentro de los objetivos educativos del establecimiento, y que se incorpore como política. Eso podría formar parte de una nueva ley, sobre la base de los números que estamos viendo, para que estos temas tengan que ser evaluados.

O sea, les estaríamos exigiendo a los colegios, y a las instancias que evalúan a los colegios, que impartan y logren la incorporación no solo de conocimiento, sino también de competencias en término de protección de su sexualidad. Eso es absolutamente válido.

Respecto del testeo y del autotesteo, en verdad nadie está redescubriendo la rueda. El testeo institucional, hacer el testeo en los consultorios, solo en el ámbito de los consultorios, lo que el ministerio llamó intramuros, y le puso grandes restricciones al testeo intramuros por los profesionales que tienen que hacerlo y por todos los requisitos, y por cierto, todos los papeles que hay que llenar, pero el testeo intramuros no es el que llega a las poblaciones vulnerables.

Cuando digo "intramuros" me estoy refiriendo no solo de los niveles donde sí podría funcionar muy bien, y eso estaba en la propuesta y no se ha implementado, es en los Cesam y en los Cosam, donde hay gran riesgo de VIH, ahí sí debiera estar implementado, y en los servicios de urgencia. Pero el testeo

extramuro es precisamente el que llega a las poblaciones vulnerables.

¿De qué hablo? De las agrupaciones de la sociedad civil, como puede ser Amanda Jofré, que va e invita a testeo a las mujeres trans que trabajan en el comercio sexual de noche; Acción Gay, que entrega información en discos gay y en otras instancias. Eso tiene que ser con una base comunitaria que hay que fortalecer muchísimo más.

Y el autotesteo está demostrado que es el que llega a las poblaciones aun más difíciles de alcanzar con estas estrategias. Son los tres niveles: institucional o intramuro, comunitario y autotesteo. Autotesteo que también puede ser entregado en el nivel comunitario, además del acceso a las farmacias. En el nivel comunitario, de llevarse el test y aplicarlo en la casa, estamos a fojas cero.

Respecto de lo que podemos esperar de la sífilis, gonorrea, clamidia y todas las enfermedades de transmisión sexual, es una cosa espantosa; realmente es el "pan nuestro de cada día", al punto que hemos cambiado algunos paradigmas en la medicina, como esto que a todos nos enseñaron de que la hepatitis A era de transmisión vía feco-oral y la B sexual. No, son sexuales también, dependiendo de las prácticas sexuales.

Entonces, los Unacess están muy bien, pero en otros países tienen clínicas de base comunitaria, en las cuales las personas pueden acceder libremente al tratamiento de las ETS. Eso falta, no es tan difícil de implementar, no es tan caro; donde las personas puedan ir y se trasmita a través de las redes sociales para que consulten, porque para todas las enfermedades de transmisión sexual, para todas las enfermedades transmisibles, tratar a las personas enfermas protege a los que no están enfermos, eso se sabe desde tiempos inmemoriales.

Entonces, en números de VIH, la verdad, creo que hay que plantearlo al revés. Todavía no sabemos cuántas personas en Chile tienen VIH y no lo saben. Los números más conservadores han dicho de 25 a 30 mil, pero para estimaciones de prevalencia más alta, podría llegar a las 50 mil perfectamente.

Si nosotros testeáramos a toda la población, tendríamos 50 mil casos nuevos el próximo año. Por lo tanto, ojalá esas cifras que van en aumento tuvieran un quiebre, un aumento brutal, porque después viene una declinación.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Doctor, en esa misma línea, ¿estamos en condiciones de recibir eso? Pongamos un promedio, ya no son 25 mil, no son 50 mil. A estos 40 mil casos nuevos, ¿estamos en condiciones de recibirlos?

El señor **BELTRÁN**.- Si se hubieran invertido los 18.500 millones habríamos estado bastante más cercanos a eso, pero ese presupuesto finalmente no se destinó.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Cuál fue el total del presupuesto?

El señor **BELTRÁN**.- No lo conozco, eso se le debe preguntar al Ministerio de Salud. Pero debe haber andado del orden de los 8 o 10 mil millones solamente. Igual hubo un aumento respecto del año pasado, pero no tengo esa cifra en cuanto a la ejecución presupuestaria; la programática es más o menos la que les mostré.

Pienso que el crecimiento que vamos a tener este año debiera ser mayor que el del 2017-2018, porque en algo debe estar empezando a impactar el testeo que se está haciendo. El dato que también se le puede preguntar a Ángelo González es la cifra actual. Yo me quedé cuando iban 64 mil test rápidos realizados y habían salido 597 positivos. Eso es un 0.97 de prevalencia, no 0.59, como dice Lucía.

Usted lo dijo muy bien, Presidenta, Injuv encontró un 0.3, focalizó mal. Porque la Universidad de Chile encontró un 1.3, el famoso *casting* para el VIH, encontró un 1.1. Entonces, no sabemos. Si es un 0.9, estamos hablando de 100.000 personas con VIH; por lo tanto, faltan 50 mil. Pero para los 100.000, no sé cuál es la cifra. Habría que preguntarle al Minsal. Pero creo que estamos sobre la prevalencia del 0.6. Entonces, hay parte en 2018 y parte en 2019, pero ahí hay 597 casos que fueron detectados por aumento del testeo. Así que las cifras se comienzan a imbricar, en términos de cuál es el aumento vegetativo en el número de casos nuevos y cuántos estamos testeando adicionalmente.

Por lo tanto, lo que uno debiese esperar es que en algún momento se produzca un aumento muy importante del número de casos nuevos, lo que implicaría que estamos impactando con las medidas que estamos tomando.

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

El señor **CELIS** (don Andrés).- Doctor, me pareció escucharle que usted hablaba de que el ministerio había

prometido hacer 1.850.000 test rápidos, y aquí hay un recorte del 13 de junio de 2018, donde dice: Según cuenta el doctor Carlos Beltrán, infectólogo y asesor del ministro en el tema, en este primer año, el objetivo es cubrir un universo de 5 mil personas, plan que implica una inversión de 18.500 millones de pesos. La OMS recomienda que el 20 a 25 por ciento del presupuesto destinado a VIH se ocupe en prevención. Con esta medida, nosotros pasamos de un 3 por ciento a más del 15 por ciento, dice Beltrán. Eso incluye también la realización de 1.850.000 test rápidos de detección. Hasta ahora solo se habían realizado pruebas piloto en centros de atención primaria, servicios de urgencia, centros de estudios, como colegios, universidades, CFT y ONG.

Le pregunto si usted lo dijo en su calidad de infectólogo.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Asesor del ministerio.

El señor **CELIS** (don Andrés).- En el documento sale asesor del ministro, pero quiero saber en qué calidad lo dijo, porque lo dice él, no lo dice el ministro.

El señor **BELTRÁN**.- Bueno, efectivamente, la verdad es que después de todo el episodio 2017, en el cual hubo toda esta presión que hicimos como sociedades científicas, en forma conjunta con la sociedad civil, porque el ministerio tomara medidas, asumió el ministro Santelices y nos dijo: Bueno, es hora que nos ayuden.

Yo puedo decir que lo pensé bastante, porque no es mi área, nunca he sido de la arena política, pero la reflexión fue: Bueno, si hemos estado peleando por esto y se da la oportunidad, hay que tratar de hacerlo. Y efectivamente mi compromiso fue el diseño participativo y transparente de un plan VIH y la puesta en marcha -nunca la implementación, porque eso ya no me compete a mí-, y el plan contempla efectivamente 1.850.000 test rápidos, lo que permite testear al 60 por ciento de los jóvenes menores de 29 años y al 20 por ciento, de los de 30 a 39, sobre la base del último censo que tenemos en Chile.

Le quiero dar como dato que en Ecuador, que tiene una población muy similar a la chilena -17 millones de personas-, hacen 1.500.000 test rápidos todos los años.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- ¿Tiene una población menor a Chile o mayor?

El señor **BELTRÁN**.- 17 millones.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Similar.

El señor **BELTRÁN**.- Y una epidemia muy parecida en términos del número de casos, prevalencia un poco más baja, y ellos sí han bajado, porque están testeando un millón y medio. Acá en Chile vamos por 100.000. O sea, para 17 millones, 100.000. Es cierto, respecto de 1.800, pero 100.000 no basta. Esto tendría que tener mucho más testeo comunitario.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Pero además sin focalizar, peor aún.

El señor **BELTRÁN**.- Por supuesto, y ahí entra el testeo comunitario. Pero son las mismas cifras y efectivamente las dije en mi calidad de asesor del ministro y de persona a cargo de la elaboración del plan VIH.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Yo quería pedir algún oficio donde conste que esa fue la cantidad que pidió el ministro Santelices.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- No se entiende la pregunta.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Lo que quiero pedir es algún documento, algún programa o plan donde conste que se pidió esa cantidad por parte del ministro Santelices.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Se lo podemos preguntar al ministro Mañalich, para salir de eso?

El señor **CELIS** (don Andrés).- Es que no creo que sepa.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, entiendo lo que dice. Probablemente esto se entendió no como una petición de Santelices, sino como un anuncio de Santelices. Recuerde que también le tocó anunciar a él.

La pregunta que habría que hacerse es por qué no ocurrió esa cobertura.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Es que yo tengo dudas del anuncio: si lo hizo, con el debido respeto, el asesor, o bien el ministerio y lo plasmó en algún programa o en algún plan.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tengo entendido que el ministro, cuando presentó el plan nacional en la Comisión de Salud -no fue acá- y después repitió algunos datos en nuestra Comisión, cosa que imagino que también podemos volver a preguntarle a Ángel González, quien expondrá después. Yo recuerdo haber escuchado esa cifra. Ahora, podemos verificarlo con la imagen, en el video de la presentación.

Quizás por esa vía podríamos lograr responder, porque para saber si lo dijo o no lo dijo, tenemos que encontrar dónde lo dijo. Esa podría ser una salida. ¿Les parece?

El señor **BELTRÁN**.- El GAM, el 18 de mayo, con presencia de toda la sociedad civil que estaba ahí en el momento del anuncio del plan de salud, y con un *power point*.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Somos tres los diputados en la Comisión y no tenemos el mínimo para llegar a ese acuerdo.

Le agradecemos a don Carlos Beltrán su asistencia.

Tiene la palabra la señorita Manuela Morales, representando a la directora la ONG Leasur, señora Sthefania Walse.

La señorita **MORALES** (doña Manuela).- Señora Presidenta, agradezco la invitación. Mi nombre es Manuela Morales y quien me acompaña es Daniel Contardo. Venimos en representación de Sthefania Walse, de la ONG Leasur. Para aquellos que no la conocen, la ONG Leasur se preocupa de la promoción y defensa de los derechos de las personas privadas de libertad.

Agradecemos especialmente esta invitación, porque vemos que hay pocas organizaciones relacionadas con el mundo de la privación de libertad, sobre todo en temas tan importantes como el VIH.

Para comenzar a ilustrar la situación que viven las personas privadas de libertad que tienen VIH en Chile, elaboramos una especie de diagnóstico general de las problemáticas en que están insertos.

Antes que todo, quiero hacer la prevención de que esas estadísticas desgraciadamente están muy desactualizadas. Son de 2012. Fue imposible encontrar estadísticas más actualizadas respecto del número efectivo de personas que tienen VIH actualmente en los recintos penitenciarios.

Si se fijan no solo son de 2012, sino también...

Si bien el VIH ha aumentado increíblemente a nivel de sociedad en general, las estadísticas que les muestro ni siquiera son demasiado representativas dentro de los recintos penitenciarios por razones que vamos a ver a continuación, que tiene relación con cómo Gendarmería tiene acceso a información de quienes tienen VIH o no. Para hacerse un panorama general, los que tienen VIH son principalmente de sexo masculino y el 39 por ciento se encuentra en la Región Metropolitana.

Cuando una persona es condenada a una pena privativa de libertad o se decreta una medida cautelar de prisión preventiva, la distribución de en qué recinto penitenciario va a estar esta persona está a cargo de Gendarmería, la cual toma diversos criterios en torno, por ejemplo, a la peligrosidad de la persona, es decir, dependiendo del criterio de si es primerizo o tiene condenas anteriores, si ha cometido delitos sexuales o ese tipo de cosas, y también atiende a criterios de especial vulnerabilidad, según la capacidad que tenga el propio recinto penitenciario. Por ejemplo, las mujeres que tengan hijos lactantes van a tener un recinto especial. A veces se habilitan una especie de módulos para extranjeros.

En ese contexto se dan divisiones respecto de -como la mal llamada- las secciones homosexuales, porque la única forma que tiene Gendarmería para constatar esto es, cuando la persona ingresa al recinto penal, a través de una ficha única individual, que es un registro del interno. En dicho registro se pregunta su orientación sexual que, obviamente solo incluye las categorías de heterosexual, homosexual, bisexual, y no hay un reconocimiento a nivel de normativa de la identidad de género, que se confunde con el sexo biológico de las personas.

Al momento de la confección de esta ficha individual se pregunta a los internos si son portadores de VIH o no; pero esto tiene la problemática de que, primero, se presume que la persona está informada y actualizada en el conocimiento de su propia salud, cuestión que, como hemos visto, es algo que no pasa tanto, y también presume de voluntariedad de la persona de declarar esto a las cifras oficiales de Gendarmería. Este es el único momento en que Gendarmería puede fiscalizar y determinar si una persona tiene VIH, a no ser que haya sido atendida a propósito, por ejemplo, de problemas de salud alternativos o de algún examen alternativo de sangre que se haya tenido que hacer, pero en general esta la única información con que se cuenta.

En la Región Metropolitana, que concentra el porcentaje más alto de personas privadas de libertad, se dan esas secciones homosexuales que albergan población LGTBI, que, hablando como del espacio geográfico de la cárcel misma, tienen cosas positivas y negativas. Acá están agrupadas la mayoría de las personas que tienen VIH en las cárceles; por lo tanto, se genera una menor discriminación dentro de los internos respecto de la enfermedad y su tratamiento, lo que facilitaría, por

ejemplo, los controles médicos o la repartición de medicamentos, si fuese necesario, dentro de ese grupo. También se puede controlar un poco mejor la infraestructura y las condiciones de habitabilidad de ese grupo de personas específico que se encuentra en ese sector, además de que permite que se implementen medidas más masivas, como desparasitación de animales que tengan como mascotas o ese tipo de cosas. Ahora, como consecuencias negativas, estas personas están sumamente aisladas; por lo tanto, muchas veces no tienen acceso a los colegios, talleres u oficios. También se puede producir una estigmatización en grupo. Estas personas no están exentas de ser discriminados por otros internos que estén fuera de ese patio o, también, por el mismo personal de Gendarmería.

Entonces, a pesar de que tienen muchos beneficios, también tienen esas consecuencias negativas. Distinto es el caso de aquellas personas que tienen VIH, pero que no están en estas secciones especiales; personas que están en regiones, donde a veces tienen menos gente, entonces no se divide como en este patio especial. Eso sí, aquí sufren alta discriminación entre los otros internos e internas del penal, y esa estigmatización llega a tal nivel que impacta en su salud. Por ejemplo, para intentar que los otros internos no descubran que tienen VIH, dejan de ir a los controles médicos, ocultan sus pastillas o no se atreven a pedir dietas especiales, que podría contemplar Gendarmería en términos de alimentación o frutas y verduras, o todo ese tipo de cosas. También, al ser discriminados, se dificulta el aseguramiento de las condiciones mínimas de infraestructura. Por ejemplo, en un patio donde hay cinco o tres personas que tengan VIH y son discriminados, los pueden dejar en una parte en que estén llenos de infecciones, humedad, exposición a bajas temperaturas, y un montón de otras cosas.

Hay que tener presente que el contagio de VIH dentro de las cárceles es mucho mayor que fuera de ellas, por una serie de razones, pero principalmente,... Es innegable, y en esto no hay estadísticas oficiales de Gendarmería ni de otras instituciones, que hay tráfico y consumo de drogas dentro de los penales, lo que influiría en el contagio. Un punto muy importante son las prácticas sexuales entre los internos, no solamente a los que residen dentro del penal, sino también con el derecho a venustario, que es la posibilidad que tienen las

personas de tener relaciones sexuales con parejas de fuera de la cárcel.

Muchas veces no se les entrega preservativo de Gendarmería ni del Ministerio de Salud, tampoco se asegura que los vayan a usar. Se supone que se debería ofrecer el acceso a testeos, pero, en la práctica, no se hace mucho.

Otro tema importante son las prácticas sexuales forzadas, ya que existe conocimiento generalizado de que hay muchas violaciones al interior de la cárcel. Al parecer, todo el mundo lo sabe, pero si se contrasta con los datos hay muy pocas denuncias al respecto, ya sea por vergüenza o por inutilidad de la medida, porque las condenas de violaciones o abusos sexuales dentro de las cárceles son bastante bajas, lo que tiene relación con otros problemas que luego vamos tratar.

Por otra parte, es conocido el altísimo nivel de hacinamiento y sobrepoblación que hay en las cárceles, lo que, obviamente, impacta mucho en una imposibilidad de mantener condiciones higiénicas. Para cualquier persona constituye algo indigno, sobre todo con la especialidad que necesita una persona con VIH, que tiene un estándar más exigente.

También existe una enorme falta de educación, no solo entre los internos, sino también en Gendarmería. No solo del origen y la forma de contagio del VIH, sino también el alcance que tiene la enfermedad misma y las formas de prevenirla. Además, están las riñas y agresiones que terminan en heridas cortantes y sangrantes, que puede proliferar el contagio. Por lo tanto, es mucho más probable contagiarse de VIH dentro de la cárcel que fuera.

Muchas gracias.

El señor **CONTARDO**.- A modo de contextualización, dentro del sistema penitenciario chileno, tanto tradicional como concesionado, se pueden visualizar problemáticas estructurales en lo que respecta al acceso a la salud de los internos e internas, fundamentalmente en cuanto a que hay solamente un hospital penitenciario para toda la población penal, que se encuentra en el CDP de Santiago Sur, que atiende a la población de ese recinto penal y también a la población de los distintos recintos penitenciarios de la región. El resto de las cárceles del país cuentan con recintos de atención primaria de salud.

Sin embargo, como se puede ver en informes de derechos humanos, como el último realizado por el INDH en 2018, en las cárceles de Combarbalá particularmente, hay solo una técnica

paramédica para la población penal, una vez a la semana o una vez cada quince días; en el CDP Isla de Pascua se visualiza, por testimonio de los internos, que no cuentan con las instalaciones adecuadas ni con el profesional de salud disponible para atenciones de salud, por lo que esta población, cuando tiene alguna problemática, suele recurrir al hospital de la isla, que, por temas de descentralización, solo tiene un profesional para toda la población.

Entonces, claramente incide en la atención de salud que tengan los internos o internas de ese lugar. El interno que tenga un problema de salud y no puede ser atendido en el penal es derivado a la red de salud pública. Sin embargo, se puede ver que hay muchas trabas dentro de esta dinámica, como pudimos ver anteriormente.

Los equipos de salud de Gendarmería están integrados por técnicos paramédicos y enfermeros. Las principales problemáticas que hay dentro del sistema de salud están dadas por la deficiencia en horas médicas, los malos tratos que reciben los internos e internas y la mala infraestructura que hay dentro de la enfermería, lo que finalmente incide en la dinámica de la confidencialidad en la atención.

Cuando comprendemos que la atención de VIH debe ser una atención confidencial, en estos espacios que no son tan privados, obviamente, vamos a incidir y transgredir con el principio de confidencialidad que está declarado en la ley con respecto al virus.

En la presentación se puede ver en cifras un estudio que realizó la Fundación Savia, en donde el 25,8 por ciento de personas con VIH que están privadas de libertad piensan y señalan que no se respeta su privacidad dentro de la atención en salud, lo que es un dato sumamente importante al comprender esta temática en contexto intramuros.

Como ONG, esto nos hace preguntar si realmente se puede garantizar una atención de calidad en torno al VIH con las personas privadas de libertad. Únicamente queda a la reflexión de cada uno, que es lo que nos tensiona y nos hace entender que, en realidad, no se puede garantizar en su totalidad.

En lo que respecta al acceso a la salud, Gendarmería y el Ministerio de Salud, históricamente, han desarrollado distintos acuerdos y convenios entre estas instituciones que buscan la prevención primaria y secundaria en el tema de VIH. Sin embargo, existe tensión en lo que se refleja con los

distintos informes de derechos humanos y otras organizaciones no gubernamentales, que señalan que estos estándares de salud no se respetan para toda la población. Entonces, si bien podemos celebrar, de cierta manera, que haya esta intención política de implementar medidas que respondan a esta problemática, en la realidad, se desconoce la fiscalización, otro elemento importante a convenir dentro de esta reunión.

Es importante destacar las condiciones de vulnerabilidad que tienen las personas privadas de libertad. Con esto me refiero a que hay que pensar en el sujeto foco: una persona privada de libertad, por lo general, está sumamente afectada por elementos multidimensionales entre los cuales encontramos las condiciones carcelarias de exclusión, de marginación, de hacinamiento, condiciones de pésimos servicios sanitarios, elementos propios de la cultura carcelaria donde se encuentra la presión por distintos grupos de poder, y cómo estos tienen incidencia en lo que comentó mi compañera anteriormente respecto de las relaciones sexuales forzadas que se dan dentro del penal. No tenemos información de ello, porque los mecanismos de denuncia no son efectivos y los internos, muchas veces, no suelen denunciar por las razones dadas anteriormente.

Además, debemos tener en cuenta las condiciones de higiene ambiental, la derivación sociocultural y el nivel educacional de los internos e internas.

Si finalmente comprendemos que las historias de vida de los internos están dadas netamente por elementos de exclusión, de marginación, de deserción escolar, nos estamos refiriendo a población que tiene un déficit importante en aspectos educacionales básicos para comprender cómo se contagia el VIH, pues tiene muchos mitos, prejuicios y estigmas asociados a esta condición.

Entonces, si no nos hacemos cargo de esto a la hora de pensar en políticas de acción en educación en salud, no vamos a llegar nunca a que esta población pueda realizarse el examen, ya que si ellos no tienen el conocimiento para decir "sabes, realmente podría hacerme el examen", no va a haber forma de determinar cuánta población privada de libertad tenemos con VIH.

Son elementos relevantes que se deben considerar.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿El INDH no ha actualizado estos datos, que existen desde 2012?

La señora **MORALES** (doña Manuela).- No, mencionan las condiciones, pero no estadísticas.

El señor **CONTARDO**.- Se centra netamente en acceso a salud, pero no en cuánta población privada de libertad con VIH accede a salud durante el período 2016-2017, pues este estudio es de 2018. Es una cifra negra en lo que respecta al VIH, un elemento aparentemente transversal a todos los grupos etarios que nos enfrentamos.

Finalmente, ¿cómo llegamos a estos grupos que tienen estos elementos sumamente importantes en esta área?

En cuanto a cifras del informe de la Fundación Savia, el 22,8 por ciento de las personas privadas de libertad con VIH considera que no se les explica claramente la prevención y cuidado de su condición. Aquí nuevamente toma sentido lo que dije anteriormente respecto de la misma cifra: 1 de cada 4 internos con VIH considera que no le explican claramente el diagnóstico.

¿En qué estamos fallando a la hora de explicar el diagnóstico de VIH a una persona privada de libertad? ¿Cómo podemos tomar esta cifra y sacar a colación algo nuevo, que responda a estas necesidades? Ahí nos cabe otra pregunta: ¿realmente estamos pensando de manera acertada la estrategia para prevenir, detectar y tratar el VIH con las personas privadas de libertad?

La señora **MORALES** (doña Manuela).- Es necesario recalcar que la conclusión es que, si bien ha habido una preocupación y se han celebrado diversos convenios entre Gendarmería y el Ministerio de Salud a lo largo de los años, me parece que a principios de 2005 fue el primero. En el fondo, hay una voluntad de prevención y todo eso, sin embargo, en la práctica no hay mucha fiscalización de esos convenios; segundo, las mismas condiciones de la privación de libertad no permiten un estándar adecuado para las personas que tienen el virus y por lo tanto tiene que ver -lo agregamos acá y no puedo dejar de mencionarlo- con la falta de una ley de ejecución de penas en Chile.

Actualmente, en Chile, la vida al interior de la cárcel y de lo que pasa después de que se es condenado, solamente se regula con base a un Reglamento de Establecimientos Penitenciarios, lo que implica que al no ser una ley no hay acceso de los tribunales de justicia respecto del conocimiento de las condiciones carcelarias, por ejemplo, de las sanciones

que se aplican a los internos dentro de las cárceles; del régimen de visitas y de las condiciones de vida que tienen. Entonces, se trata como un problema administrativo y por lo tanto todo se resuelve por vía administrativa, lo que obviamente, al no estar sujeto a un control jurisdiccional, podría dar paso a muchas arbitrariedades.

La dictación de una ley de ejecución de la pena, no solamente facilitaría a que los jueces puedan ver los deberes de los propios internos y también de gendarmería, sino que también consagraría el acceso a la justicia, acceso a procedimientos y a un debido proceso que es un derecho humano básico, y también ayudaría a humanizar la cárcel en términos de que Chile está muy atrasado en el cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos, sobre todo en privación de libertad. Al respecto, se produce la paradoja de que, en el fondo, se encierran a las personas que infringen la ley en la cárcel, pero la verdad es que dentro de las cárceles pareciera que no existe ley y no se respeta nada de eso.

Una cifra importante recalcar y que es bastante ilustrativa respecto de las condiciones carcelarias, según el reportaje exhibido por el canal de televisión Chilevisión, en febrero de 2019, que fue confirmado, finalmente, por Rodrigo Bustos, jefe de la Unidad Judicial del Instituto Nacional de Derechos Humanos, es que cada tres días muere una persona en las cárceles chilenas; el 40 por ciento por enfermedad. Eso tiene mucho que ver, no solamente con el VIH, sino que también con la falta total de acceso a la salud que existe, en general, en las cárceles chilenas; el 45 por ciento por riñas.

Eso es muy grave porque gendarmería debería velar, a lo menos, por la integridad física, la vida de las personas y ni siquiera hablar de las condiciones psíquicas porque derechamente no se trata. En resumen, esto es un triste diagnóstico.

En términos de recomendaciones o propuestas. Recomendamos atenerse a lo que Onusida establece, de acuerdo con los estándares internacionales y a la Convención de Viena, en torno a lo que se ha celebrado con el SIDA. Existen varios acuerdos que si bien Chile consagra en el papel, a propósito de los convenios mencionados con el Ministerio de Salud y con Gendarmería de Chile, no hay en realidad una fiscalización y un rastreo concreto de esas medidas; sin embargo, cuando se ha hecho como, por ejemplo, en este informe de 2012, es bastante

insuficiente, sobre todo con el panorama nacional del VIH fuera de la cárcel.

Nos parece importante recalcar otras recomendaciones fundamentales, no solamente en materia de salud, me refiero a que exista más financiamiento en salud; que se cumpla el horario de los profesionales; que se combata la estigmatización, en definitiva, es entender que tiene que ver con reformas más amplias a nivel de instituciones penales y de justicia penal. Por lo tanto, en Chile se debería, de todas maneras, reducir el uso desmedido de la prisión preventiva y de las penas privativas de libertad.

Entonces, las medidas concretas que proponemos y que podrían darse en el corto o en el mediano plazo son, por ejemplo, realizar voluntariamente el test rápido de detección del VIH al momento de ingreso a la cárcel y que, además, los internos puedan tener acceso en cualquier momento de su privación de libertad a estos exámenes. Actualmente, la forma que tiene gendarmería de cómo conoce esta realidad es muy deficiente; es decir, no es suficiente que solo sea el ingreso a la cárcel con base a los conocimientos de la persona y no se contraste la información.

Si bien existen medidas médicas que se han implementado y que se esté haciendo todo el esfuerzo institucional pertinente, hay un factor que merma en la práctica la aplicación de estas medidas, que es la discriminación, por ejemplo, los internos que no tienen acceso a estas secciones especializadas no cuentan, incluso, con un espacio para dormir porque son gravemente discriminados y por lo tanto instamos para que haya una promoción de información sobre la prevención, el contagio y las consecuencias del VIH dentro de la cárcel.

Finalmente, lo mínimo que se podría asegurar, porque sabemos que no van a cambiar las condiciones carcelarias, de un día para otro, pero aquellas personas que ya están diagnosticadas, que debe ser un número muy menor de la realidad de personas con VIH, lo mínimo es que aseguren condiciones de habitabilidad acorde a los requerimientos de su propia enfermedad.

Con eso hemos terminado, señorita Presidenta.

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

De hecho estaba haciendo algunas preguntas respecto de los datos duros de ese vacío de información que tenemos, que

no es menor, porque justo responde al período del alza de los casos de VIH, sobre todo en las condiciones que ustedes informan de cómo se registra, de lo que las personas supone o aquel que tiene la certeza de que, simplemente, vive con el VIH. Sin duda, que es un tema preocupante.

Tiene la palabra el señor Jorge Acosta.

El señor **ACOSTA**.- Señora Presidenta, solamente comentar que, como es nuestra última sesión, he aprovechado de preguntar cosas relativas a lo que ha expuesto la fundación y me informan desde el programa, en primer lugar, que el Programa Nacional de VIH, en el departamento están felices de poder recibirlos para resolver las dudas que tenga la fundación, porque me comentan que desde el año 2002 existe un convenio vigente con gendarmería. De hecho, al año 2018, hay 196 internos que viven con VIH.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿2018?

El señor **ACOSTA**.- Señorita Presidenta, al 2018. Existen 196 internos que viven con VIH. Este convenio se evalúa año a año. Todos los años hay evaluación y por lo tanto no es verdad que esté hasta el 2012. Acabo de dar los datos de 2018.

La verdad es que es un tema que nos preocupa especialmente, no solamente al ministerio, sino que también al Ministerio de Justicia y a Gendarmería de Chile, por eso es que nos encantaría pedir a la fundación que se acercara a Ángel González, quien es el jefe del Departamento de VIH, del Ministerio de Salud, para que pudieran cruzar los datos que tienen, porque están disponibles.

Muchas gracias, señorita Presidenta.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Se lo había solicitado al representante.

Tiene la palabra el señor Daniel Contardo.

El señor **CONTARDO**.- Señorita Presidenta, una pequeña salvedad respecto del dato de 2012 que entregamos. Si bien se ha abordado desde la lógica de las personas privadas de libertad con VIH, era un estudio que realizó la Fundación Savia sobre las condiciones de la atención en salud respecto del VIH. El único estudio que hay es de 2012 y es una encuesta en función del reporte que dan de la calidad de la atención, de cada cuánto reciben los medicamentos, si las condiciones del lugar son adecuadas.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Perfecto. La encuesta se refiere al número de casos identificados.

Tiene la palabra el diputado Andrés Celis.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señorita Presidenta, lo mismo. Aquí dice textual: Gendarmería de Chile, como año vigente, desde el año 2002, el plan de trabajo contempla la continuidad de la implementación del Programa Nacional de Promoción de Prevención y Atención de VIH e ITS, en recintos penitenciarios de todo el país, cursos de formación y capacitación de VIH, SIDA, ITS, para el personal de Gendarmería, desarrollar campañas de test rápido en la población privada de libertad del país. Esto es justamente de 2018.

Por lo tanto, mi pregunta es en relación con el Reglamento que encontré, ¿es de 2016?

El señor **CONTARDO**- Sí.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Más allá de que sea un Reglamento, está fundado en una serie de leyes; entonces, al estar fundado sobre una serie de leyes, no implica que no puedan entrar los ministros de la Corte de Apelaciones, los jueces. El Reglamento se basa fundamentalmente en el tratamiento que se da a las personas privadas de libertad en relación con el VIH.

¿Cómo ha funcionado el Reglamento?

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

La señora **MORALES** (doña Manuela).- Señorita Presidenta, no es que los jueces no tengan ningún acceso a la cárcel, de hecho, por ejemplo, la Defensoría Penal Pública, a través de recursos de amparo o de otro tipo de estrategias judiciales, logra, en definitiva, ingresar. Actualmente existe una división especializada de defensores penitenciarios y, en ese sentido, reconocemos que existe cierto control judicial, pero no es la vía idónea para hacerlo porque, por ejemplo, en el caso de los recursos de amparo solo algunos casos pueden llegar a esa instancia. Por lo tanto, no es expedito y, finalmente, se genera una invisibilización total de las problemáticas.

En los convenios que se han celebrado con el Ministerio de Salud y Gendarmería reconocemos que sí los hay. De hecho, creo que respecto de otras enfermedades o problemáticas hay bastante preocupación, sin considerar el problema gigante de acceso a la salud en general en la condición de privación de libertad. Hay un diagnóstico mejorado, pero el problema es que

independientemente de la cantidad de prestaciones médicas, de controles o, incluso, de test de detección, las condiciones de habitabilidad de la cárcel no permiten la dignidad que requiere toda persona.

Haciendo un *mea culpa* respecto de que no tenemos las estadísticas oficiales, independiente de que sean muy buenas, si una persona no come bien y duerme en el suelo, no tiene ninguna opción.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Agradecemos a la ONG Leasur por su participación.

Para nosotros también es importante conocer la realidad de un sector importante de la población que siempre es invisibilizado.

Tiene la palabra la señorita Alejandra Soto, presidenta de la corporación Amanda Jofré.

La señorita **SOTO** (doña Alejandra).- Señorita Presidenta, y por su intermedio a los diputados y a las diputadas, agradecemos la invitación.

Somos una corporación chilena de personas trans, llamada Amanda Jofré, y venimos exponer todo lo que ha pasado a la población trans desde el 2000 hasta la fecha, aproximadamente, a nivel nacional.

Represento a la Red Trans Chile. Somos veinte organizaciones y estamos en doce regiones del país. También soy referente de la Red Latinoamericana y del Caribe, Redlactrans.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra la señorita Carolina Espinoza.

La señorita **ESPINOZA** (doña Carolina).- Señorita Presidenta, quiero contar la historia de nuestra organización. Comenzamos como un sindicato nacional de trabajadoras sexuales, porque la población trans femenina en Chile estaba muriendo de VIH-Sida. Entonces, desde ahí comenzamos a hacer nuestra lucha social. Luego, adquirimos otra cara social, que es la corporación chilena de personas trans Amanda Jofré.

Amanda Jofré fue una activista trans que comenzó en el Traves Chile y que tuvo una muerte muy mediática. El químico farmacéutico de la DINA, Winston Michelson del Canto, hacía experimentos con la población trans y con las mujeres trans que éramos trabajadoras sexuales en esa época. Producto de un paro cardiorrespiratorio, nuestra compañera murió en el departamento de ese químico.

El caso quedó impune porque no había pruebas. Él dijo que el tipo de vida de nuestra compañera fue la principal causa de su deceso. Winston Michelson pagó una multa de 300.000 pesos y obtuvo su libertad de forma inmediata.

Tanto la vida como la muerte de nuestra compañera Amanda Jofré ejemplifican las vulnerabilidades sociales que nosotras sufrimos como mujeres trans, la discriminación a nivel nacional y latinoamericano.

El informe de derechos económicos, sociales y culturales, desarrollado el 2014 por la red Latinoamericana y del Caribe del personas trans, Redlactrans, da cuenta de que las mujeres trans tenemos una expectativa de vida que no supera los 35 a 40 años a nivel latinoamericano, no solo en Chile.

Las principales causas de muerte en las mujeres trans son crímenes de odio producto de la transfobia, la discriminación institucional y social, y el VIH-Sida. También está la muerte por el uso de silicona industrial debido al no acceso a la salud, por no reconocer a la población trans.

Producto de la exclusión, históricamente nos hemos visto obligadas a ejercer el trabajo sexual como primera forma de subsistencia para generar ingresos económicos.

El trabajo sexual nos ha expuesto a la violencia policial y de grupos neonazis, y también al VIH-Sida por el hecho de que muchas veces los mismos clientes nos obligan a no usar preservativo por un poco más de dinero.

El no reconocimiento de nuestra identidad de género ha invisibilizado no solo nuestras necesidades, sino que también se nos niegan nuestros derechos esenciales, porque no se reconoce nuestra población y se nos invisibiliza.

Dentro de las estadísticas del VIH en Chile aparecemos como HSH, que es hombres que tienen sexo con hombres y, por tanto, se invisibiliza a la mujer trans que está detrás de esa estadística y de ese registro.

Desde que nos organizamos, en el 2000, trabajamos sensibilizando a los servicios de salud del país para lograr un trato inclusivo y no discriminatorio hacia las personas trans.

A partir de 2011 empezamos a difundir y a apoyar las circulares N° 34 y, luego, la N° 21, del Ministerio de Salud, que hablan sobre el trato y el respeto al nombre social que tenemos las personas trans.

También existe una vía clínica para la atención de personas trans en los servicios de salud públicos, desde Arica a Puerto Montt. No hablamos de Punta Arenas y de Puerto Natales, porque todo este trabajo que hemos hecho como Amanda Jofré, es un trabajo autogestionado. Muchas veces hemos recibido apoyo de fondos mundiales, de instancias internacionales. Por eso llegamos a la Región de Los Lagos, porque nunca hemos recibido apoyo de parte del ministerio para la realización de talleres de sensibilización, a fin de evidenciar la existencia de las circulares N°s 21 y 34 e implementarlas en los hospitales. Muchas veces llegamos a los hospitales con crisis de salud, así como algunas compañeras que tienen problemas, y los centros de salud no respetan nuestro nombre social ni nuestra identidad de género. Alegan que la jefatura no hace talleres de sensibilización a los funcionarios.

Asimismo, desde 2017 trabajamos en la instalación de la Mesa Nacional de Personas Trans en VIH y Derechos Humanos, y en la inclusión y el respeto de los derechos humanos de las personas transmigrantes.

La señora **SOTO** (doña Alejandra).- Señora Presidenta, la mesa se instaló a nivel nacional, porque tenemos necesidades distintas, sobre todo por la silicona líquida, la hormonización y el VIH/Sida. Se instala la mesa para articular el desempeño y la sensibilización de las circulares N°s 21 y 34, porque las compañeras llegaban en etapa Sida a los hospitales, porque antes no tuvieron acceso ni apoyo, y eran discriminadas. Entonces, por no nombrarlas con el nombre social, llegaban siempre en etapa Sida, se estaban muriendo.

La señora **ESPINOZA** (doña Carolina).- También, estamos trabajando en la inclusión. Nosotras, como mujeres trans, al tener necesidades superpuntuales, organizamos a nivel nacional la Red Trans Chile, conformada por doce organizaciones a nivel país. En ese contexto, en la Región Metropolitana hay una organización de mujeres transmigrantes, lo que nos ha ayudado a fortalecer la red a nivel nacional, porque la problemática del VIH en las mujeres trans no está presente solo en la Región Metropolitana.

De acuerdo con los datos de la Subsecretaría de Salud Pública se estima que las mujeres trans representan el 30 por ciento de la epidemia concentrada en Chile.

Nuestro país no cuenta con estudios epidemiológicos ni datos estadísticos que desagreguen o caractericen a la

población de mujeres trans de los grupos de hombres afectados por la epidemia, es decir, los HSH.

El Ministerio de Salud no cuenta con datos cualitativos ni cuantitativos respecto de los comportamientos sexuales como elementos que le permitan diagnosticar y planificar la prevención y el logro de adherencia a tratamientos antirretrovirales.

La mayoría de los diagnósticos de VIH/Sida en mujeres trans se realiza cuando estas se encuentran en etapa Sida. El no reconocimiento de nuestro nombre social es una de las primeras barreras con que topamos en el acceso a la salud pública para nuestra población, porque no respetan nuestro nombre social. Entonces, cuando llegamos a la CASR, al servicio de Salud, llegamos en etapa Sida, cuando ya estamos muriendo, porque realmente no sirvió el antibiótico que compré en la farmacia o lo que traté de hacer, en vez de ir al centro de Salud, para evitar la discriminación.

Muchas mujeres trans que viven con VIH abandonan el tratamiento debido a la discriminación de la cual son objeto en los servicios de Salud, porque no se respeta su nombre social.

En cuanto al VIH/Sida en las mujeres trans, muchas veces hemos colaborado en las campañas de prevención que se hacen a través del ministerio. Alejandra Soto, presidenta del sindicato de trabajadoras sexuales y de la Corporación Trans Amanda Jofré, es la cara visible de las campañas, porque es una mujer que representa a la población trans, que tiene visibilidad ante nuestras compañeras. Eso es muy positivo, porque las campañas de comunicación muchas veces han invisibilizado la realidad trans, porque no usan a personas trans genuinas. La campaña en cuestión corresponde a la de 2017. La de 2016 o 2015 fue aquella en que aparece besándose con un transgénero masculino. En esa campaña salió Alejandra y un transgénero masculino, pero si nosotras no conociéramos a Alejandra o a Franco, que era el transmasculino, no habríamos sabido que se trataba de dos personas trans. Entonces, en ese sentido se invisibiliza.

La señora **SOTO** (doña Alejandra).- En ese sentido, las campañas nunca se terminaron de acuerdo con lo propuesto por la comunidad o la sociedad civil, para trabajar y hacer que esa comunicación llegara a las personas. Quedó en que se haría un viral, en el cual se iba a decir yo soy una mujer trans,

puedo vivir con el VIH o convivo con el VIH, pero nunca se dijo. Las campañas llegaban hasta medio término, nunca tuvieron un impacto real.

La señora **ESPINOZA** (doña Carolina).- Eso también sucedía porque la Secretaría de Comunicaciones de La Moneda no tenía un intercambio permanente con la sociedad civil, así es que se perdía un poco la comunicación.

Las recomendaciones que podemos hacer son:

Realizar un estudio epidemiológico para recoger datos cuantitativos y cualitativos actualizados, para que el Minsal desarrolle estrategias efectivas dirigidas a las poblaciones claves.

Realizar campañas comunicacionales, acciones preventivas focalizadas y comunitarias, dirigidas a poblaciones de mujeres trans.

Identificar en el registro de Enfermedades de Notificación Obligatoria y formularios en el ENO a las personas trans, tanto femeninas como masculinas, para dejar de invisibilizarlas.

Que se reincorpore la compra de preservativos masculinos extrarresistentes, porque nuestra población, como mujeres trans, tiene relaciones penetrativas analmente. Entonces, un condón resistente para una práctica sexual anal sin lubricación se rompe, por lo que no sirve de nada la prevención.

La señora **SOTO** (doña Alejandra).- Nosotras, en algún momento, con la Red Trans Chile, pudimos trabajar para que existieran los preservativos extrarresistentes. Se pidieron al Ministerio de Salud y se compraron, pero hace dos años se sacaron del mercado porque se gastaba mucha plata y argumentaron que era mejor usar resistentes y que otros países latinoamericanos y del Caribe usaban resistentes solamente. Chile, en cambio, usaba extrarresistentes, por la calidad. Si bien los preservativos que se usan a nivel internacional son resistentes, son de buena calidad. En cambio, los resistentes que hay disponibles en Chile se rompen, por lo que hemos tenido muchos problemas con las compañeras. Hemos pedido al Ministerio de Salud que cambie esos preservativos y, por último, que use condones extrarresistentes buenos y con lubricación.

La señora **ESPINOZA** (doña Carolina).- También, asegurar atención médica y medicación oportuna a mujeres trans que se encuentren privadas de libertad e imputadas. La persona que

está imputada, pero no condenada, no tiene los mismos beneficios en educación dentro del centro penitenciario y, a veces, tampoco tiene acceso a la salud de forma oportuna.

Desarrollo de estrategias de intervención integral dirigida hacia personas en situación de calle, especialmente dirigidas a mujeres trans que viven en esa situación, para la adherencia de tratamiento y atención médica.

Proponemos utilizar estrategias de hospital inclusivo, como la experiencia del hospital de Loayza, en Perú, que a través del acceso a tratamientos de transexulización promueve el acceso de los trans a la atención médica, a la adherencia de tratamientos y a terapia con antirretroviral. De esa forma, fortalecer la implementación de la vía clínica de atención a personas trans, con un protocolo de atención nacional y con asignación de recursos para las prestaciones de especialistas y medicamentos comprometidos.

La señora **SOTO** (doña Alejandra).- Es una especie de estrategia que utilizamos entre las compañeras o en las casas trans, que existen hoy, para vincular a las compañeras y que exista una vía clínica. Si bien existe la vía clínica, nunca se ha implementado como tal ni ha habido un financiamiento público para implementar la vía clínica, o sea, nunca se ha puesto plata del gobierno. Debiera implementarse de forma de acercar a las compañeras trans. Nosotras, como casa trans, que tenemos en Chile, o como en otras, como en Perú, atraemos a las compañeras prestándoles otros servicios. Aprovechamos de hacerles el testeo y les colocamos las inyecciones que podamos tener en nuestra sede o en nuestra casa trans. Sin embargo, aún falta mucho más. Pedimos que a las mujeres adultas trans nos coloquen la vacuna contra el virus del papiloma humano, porque muchas compañeras tienen ese problema, que se están muriendo por el virus del papiloma humano, que también les ha afectado la garganta.

Dicen que esa vacuna se aplica solo hasta los 22 años, de modo que nosotras estamos esperando la muerte, porque no nos ponen esa inyección, y muchas sobrevivientes están con VIH sida, pero tratadas.

La señora **ESPINOZA** (doña Carolina).- Y continuar con el funcionamiento de los espacios de participación social de las organizaciones en la mesa de VIH y derechos humanos del Ministerio de Salud, los que se encuentran inactivos a pesar de contar con reconocimiento de Contraloría.

¿Quieres acotar algo sobre eso, Alejandra, sobre el funcionamiento de la mesa trans?

La señora **SOTO** (doña Alejandra).- Sí, sobre todo de la mesa trans, tengo que acotar muchas cosas.

Se nos prometieron muchas cosas en este gobierno. Teníamos una mesa con un buen trabajo, en la que nos reuníamos una vez al mes. La Secretaría de la mesa era integrada por tres personas, representantes de las macrozona norte, sur y centro. Una de ellas es Macarena Salles, de la Agrupación Trans Libera Acción Arcoiris de Antofagasta, que ha hecho un muy buen trabajo; otra es Rita Cifuentes, de Temuco, y yo, representante de la macrozona centro.

Hacíamos una reunión al mes para articular el trabajo de la mesa, sobre todo por esta epidemia. También hicimos, en Santiago, un encuentro nacional de todas las organizaciones y referentes, para examinar junto al ministro de Salud los problemas que tenemos en ese ámbito, sobre todo de VIH sida.

Desde entonces no se ha seguido implementando nada ni nos responden los correos. Esa situación es de este año. Desde 2018 perdimos, desde más o menos...

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Cuál fue el último encuentro que hicieron?

La señora **SOTO** (doña Alejandra).- Es un encuentro que hizo la red. Desde septiembre hubo como un quiebre y nos querían bajar la mesa, y es necesario seguir avanzando en esa mesa, pero en este año no se ha avanzado nada, nada, no hemos tenido ninguna reunión. Incluso nos juntamos, nos prometieron que se iban a hacer dos encuentros nacionales y que las integrantes de la mesa directiva podíamos reunirnos una vez al mes para seguir trabajando, pero tampoco hemos tenido respuesta.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Ofrezco la palabra.

La señora **ESPINOZA** (doña Carolina).- Queremos darles las gracias y decirles que no somos parte del problema, sino parte de la solución. Es sumamente importante que nosotras seamos actrices principales de esto, que seamos actrices activas. Muchas gracias por su atención.

La señora **SOTO** (doña Alejandra).- Muchas gracias, y nosotras podemos hablar por nosotras.

Les dejaré unos libros sobre salud que hicimos con la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans. Es muy importante, es el primero en Chile, lo estamos visibilizando y

regalando en todos los espacios políticos y de debate. Es el tema de salud para la población trans en Chile y les voy a dejar uno a cada uno.

También les traigo el Cedostalc (Centro de Documentación y Situación Trans de América Latina y el Caribe), que también es el primero en Chile, es el centro de documentación de violaciones a las mujeres trans y a la población trans en Chile, pero más a las mujeres trans, porque somos violentadas por el género. Acá no existen chicos trans asesinados, en estos libros sí. Aquí hay epidemias, niñas que todavía se mueren de VIH. De mis compañeras se han muerto cinco de VIH este año y no queremos más muertes por VIH sida.

Está la primera edición, de 2016-2017, y la de 2018 se la voy a regalar solamente a usted, Presidenta, porque me queda solo una. A las demás personas les voy a regalar uno y uno. Lo estamos regalando, lo tenemos en la sede y también está disponible en un link desde donde lo pueden bajar.

La señora **ESPINOZA** (doña Carolina).- Lo tenemos en formato digital. Podemos apuntar su correo y se los mandamos.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Muy bien, les agradezco su presentación.

Ofrezco la palabra.

Hay algunos temas en que, por no contar ahora con *quorum*, no podemos acordar oficiar ni nada por el estilo, pero creo que es necesario recoger algunos de los planeamientos que han hecho en su presentación, con miras a una eventual reunión o generación de políticas respecto de las legítimas demandas que han planteado, sobre todo en el tema del papiloma, que nos parece fundamental, así es que les agradecemos su presencia en esta comisión.

Dejaremos para el final las exposiciones del ministro de Salud y del señor Ángelo González, porque ese será el cierre del proceso de investigación.

Tiene la palabra el señor Víctor Hugo Robles, periodista, activista y conductor del programa radial sobre VIH SIDA.

El señor **ROBLES**.- Señorita Presidenta, muchas gracias por la invitación. Valoro este esfuerzo político legislativo. Expondré brevemente, para que las autoridades puedan exponer a continuación y dar buenas noticias.

En primer lugar, valoro la importancia política que el Parlamento le está dando a la crisis de VIH. Junto con la

promulgación de la ley de SIDA, en 2001, este es el gesto político histórico más importante en nuestra legislación, en nuestra historia como nación, como república, y además como historia comunitaria política parlamentaria del VIH.

Quiero regalarle a la Biblioteca del Congreso Nacional dos libros que creo importantes, no porque los edite yo, sino porque hablan de nuestra historia comunitaria, "Qué es SIDA en Chile, historia fragmentada", de Fundación Savia y Siempreviva Ediciones, y "Más allá del margen, memorias de mujeres trabajadoras sexuales", que hablan de la importancia política y del gesto comunitario que hemos hecho las organizaciones para enfrentar esta crisis. Como bien han dicho las compañeras trans, más que el problema, nosotros, nosotras y nosotres siempre hemos sido la solución.

Le haré entrega de estos ejemplares a la Presidenta, y aprovecho también de saludar a la nueva autoridad, al ministro de Salud, y regalarle sus dos ejemplares, y desearle, por supuesto, que su gestión sea mucho más enérgica y decidida que la anterior.

La historia del VIH SIDA partió con la primera persona que falleció públicamente en nuestro país, y con un titular bastante terrible del diario La Tercera -por supuesto que hoy sería inaceptable un titular de ese tipo- que señaló "Murió paciente del cáncer gay chileno".

¿Por qué La Tercera publicó ese titular y señaló cáncer gay? Porque, desde un principio de la epidemia, esta siempre ha tenido características sexuales, es una epidemia sexual. Más del 90 por ciento de las situaciones de riesgo, de transmisión y de adquisición del virus son a través de la vía sexual.

Ahí está el problema, en la educación, ahí también está el problema de enfrentar esta epidemia, porque debemos enfrentar la sexualidad y el cuerpo, que es el gran dilema de nuestra historia como república.

¿Por qué cáncer gay? Porque el SIDA apareció a principios de los años 80 y a fines de los 70 en Estados Unidos, en poblaciones homosexuales de San Francisco, y así se ha mantenido, por lo menos en América Latina, en Estados Unidos y en otros países, como una epidemia concentrada.

Ustedes lo vieron con otros especialistas, esta es una epidemia que afecta a la sociedad en su conjunto. Sin embargo, en términos cuantitativos y cualitativos está concentrada,

porque afecta mayoritariamente a hombres que tienen sexo con hombres. Es decir, a la población homosexual y a la población transfemenina.

Soy una persona que vive con VIH, soy una persona homosexual, soy un activista homosexual y un activista comunitario en VIH, en febrero cumplí 50 años de loca vida y en junio 25 años viviendo con VIH. Es decir, la mitad de mi vida he vivido con el virus y no lo asumo como una tragedia, aunque sabemos que en invierno todas las enfermedades son una tragedia. Sin embargo, esta es una tragedia no solo médica, sino también cultural.

En el diario La Tercera de la época decía: "Murió paciente de cáncer gay chileno". Hablaba de un sodomita, con el estigma y la discriminación. Sin embargo, se trata de una enfermedad que, a diferencia del cáncer -que discutimos polémicamente en este momento-, la diabetes o la hipertensión, tiene características morales, una connotación de estigma y discriminación que afecta a las personas que vivimos con VIH. Ello, porque antes de morir por cualquiera de las enfermedades provocadas por el SIDA -nadie muere de VIH-, por ejemplo la baja de defensas, uno primero muere social, cultural y laboralmente. Esa es la muerte que hay que atacar, no solo la biomédica en la cual hemos avanzado; cómo avanzamos en la muerte social y, en ese contexto, necesitamos, como aliado, a las autoridades.

Esta epidemia nace en un tiempo terrible, en un tiempo de desapariciones, tortura y exilio, en la época de Pinochet, en la que los militares no estuvieron muy interesados en la pandemia. Pero alguna luz divina iluminó al dictador, por lo que incluyeron al VIH como una enfermedad de transmisión sexual. Es importante lo que señalo, porque el decreto firmado por Pinochet que incluye al VIH como una enfermedad de transmisión sexual, hizo obligatoria su atención gratuita. Ese es, tal vez, uno de los aspectos positivos poco conocido de la dictadura, porque ese decreto firmado por Pinochet fue usado en los años 90 por las personas que vivimos con VIH, para obligar a los tribunales de justicia que se otorgaran los derechos en salud y de tratamiento para los enfermos. De no haber existido ese decreto, esas personas estarían muertas.

El 4 de mayo de 1990 se creó la Comisión Nacional del SIDA, por eso nos extraña que actualmente exista un programa y no una institución más fortalecida. Tal vez es un desafío para

el ministro Mañalich ver cómo robustecer este programa que ha tenido como máximo 5, 6 o 10 funcionarios, sin atribuciones y sin una connotación de política pública; tampoco un liderazgo público en la actualidad, porque nadie sabe quién es el encargado de VIH en el país y por qué ese liderazgo no existe.

La Conasida sí tuvo un liderazgo en los 90, en la lámina vemos a la doctora Michelle Bachelet, fundadora de esta comisión e integrante activa -aparezco yo también, por supuesto bastante más joven en los años 90-, cuando fue al Movimiento de Liberación Homosexual Movilh Histórico para dar una charla sobre el VIH. Es decir, el propio Ministerio de Salud, la autoridad de Salud iba a las organizaciones a hablar sobre el estigma de la discriminación y del VIH. Ahora es al revés, somos las organizaciones las que golpean la puerta del ministerio.

En 1987 se creó la Corporación Chilena Contra el SIDA, la primera organización comunitaria que empieza a luchar por la prevención y en contra de la adquisición del virus.

Haré una reseña sucinta de las distintas acciones que han realizado las organizaciones de la sociedad civil.

Las organizaciones hemos sido fundamentales en este país por las siguientes razones:

En primer lugar, para señalar la alerta. Fueron las organizaciones las primeras que dieron la alarma para decir lo que estaba ocurriendo, están muriendo nuestros amigos y el Ministerio de Salud y las autoridades deben tomar cartas en el asunto. No fueron los médicos ni las autoridades, sino las personas reales, las biografías y las personas que iban falleciendo.

Por ello, se creó la Corporación Chilena Contra el Sida que más tarde sería la Corporación Chilena de Prevención del Sida, actualmente Acciongay, y emergen las acciones del Colectivo de Arte Homosexual "Las Yeguas del Apocalipsis", integrada por Francisco Casas y Pedro Lemebel. Habría sido fantástico invitar a Lemebel a esta comisión, pero, a través de este recuerdo, está con nosotras.

El 28 de junio de 1991 nace el Movimiento de Liberación Homosexual Movilh Histórico. Es importante señalar que al interior de los colectivos homosexuales siempre ha habido una gran controversia en el sentido de incorporar las luchas del VIH como una lucha política. La verdad, ha sido un negacionismo histórico de parte del móvil antiguo y el de ahora de no asumir

que el VIH sigue siendo una epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres y en hombres homosexuales. No digo esto para homosexualizar la epidemia, sino para decir, señores, señoras, señoritas, autoridades y parlamentarios, que esta es una epidemia que está fragmentando, que está matando a nuestra comunidad de la diversidad sexual que este fin de semana, el 28 de junio, celebra el Día del Orgullo.

Para sentirnos orgullosos de nuestra dignidad, debemos defender nuestra vida y eso implica decir sí, el SIDA afecta mayoritariamente a hombres que tienen sexo con hombres, a la población homosexual masculina y a la población transfemenina y, como los afecta directamente, debemos hacer campañas de prevención, lo que no significa estigmatizarlos o fragmentarlos, sino asumir esta realidad.

Por otro lado, quiero señalar algo que es muy importante y quiero que sea visible. Se trata del primer rostro del VIH/Sida, de la primera persona que sumió su condición.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Lo voy a interrumpir un momento por un tema reglamentario.

Solicito la autorización para extender la sesión, porque nos parece fundamental contar con el tiempo suficiente para escuchar no solo al ministro, sino al encargado del programa nacional.

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión hasta las 14.00 horas?

Acordado.

Por favor, continúe con su presentación.

El señor **ROBLES**.- Sigifredo Barra fue el primer rostro de VIH en nuestro país. Las autoridades y las comunidades debiesen recordar este nombre, porque fue la primera persona que dijo: "vivo con VIH y voy a luchar para organizar a las personas que viven con VIH."

Nuestro querido amigo Sigifredo falleció el 23 de junio 1996. Lo señalo para que esta misma comisión, en su informe, plantee al Congreso Nacional la necesidad -y se lo digo al ministro- de crear el día nacional del VIH/SIDA en Chile. No tenemos ninguna fecha que nos recuerde nuestra propia historia y que señale un día para impulsar y movilizar políticas públicas. Existe el 19 de mayo, día que recuerda a las personas fallecidas, pero pasa sin pena ni gloria -más bien con bastante pena-, y el 1 de diciembre, el Día Mundial del SIDA, que desgraciadamente coincide con la Teletón todos los años, una

campana hermosa e importante, pero el VIH no existe en nuestro país en las políticas públicas.

Por lo tanto, propongo a la comisión el 23 de junio, el día del fallecimiento del primer rostro, de la primera persona que luchó en contra de la discriminación, Sigifredo Barra, como el día nacional de VIH/SIDA en Chile; un día que no solo recuerda a los muertos, sino también de lucha para que los vivos sigan viviendo.

El 30 de agosto de 1997, se crea Vivopositivo, como la principal red de organizaciones viviendo con VIH y luchando con VIH -fui parte de esa red-; 47 organizaciones de personas viviendo con VIH que se organizaban, que luchaban, que acudían a los tribunales para encadenarse. Hubo un tiempo que nos encadenamos para exigir el derecho a la salud y al tratamiento que ahora es universal y gratuito, porque antes no era así. Estoy vivo, porque una persona falleció y heredé su tratamiento como una herencia maldita, como muchos de los sobrevivientes heredábamos el tratamiento o debíamos salir sorteados en una tómbola.

Felizmente, ese tiempo ya no existe, y están las terapias para todos, pero el punto es cómo hacer para acercar a esas personas que viven con VIH y no lo saben, para que se atiendan y para que no abandonen.

Además, está la ley del SIDA, que ya conocemos, y que no voy a repetir. Sin embargo, es importante señalar que es una ley que se desconoce, por lo que también esta puede ser una propuesta de la comisión en el sentido de que esta ley se conozca. No es una ley muy antigua, es de 2001, pero nadie conoce la ley de SIDA, y las autoridades de salud y las autoridades legislativas y políticas no se han esforzado desgraciadamente en dar a conocer esta ley; por ejemplo, qué dice la ley, cuáles son los derechos que contempla y por qué es importante tenerla.

He viajado por algunos países del mundo, y en muchos países no existe una ley de SIDA. Entonces, si bien tenemos una ley, también tenemos que fortalecerla y, a su vez, tenemos que florecerla, es decir, mostrarla y lucirla, porque es nuestra.

A continuación, en medio de la crisis de VIH, mostraré algunas acciones que llevamos a cabo, incluida una protesta con la exministra de Salud, Carmen Castillo, quien hablaba de portadores, pero nosotros no somos portadores, sino personas

viviendo con VIH. Al respecto, le preguntábamos a la exministra por qué no estaba la entonces Presidenta Michelle Bachelet presentando la campaña, la respuesta se las comparto, nunca en la historia de Chile un Presidente o Presidenta de la República ha presentado una campaña nacional del VIH.

¿Por qué las máximas autoridades de Salud, de la república, del gobierno, del Estado, no asumen esto como un problema de Estado? Ni el ministro de Salud pasado, ni el Presidente de la República actual, ni la exmandataria, por ejemplo, se hicieron el test rápido. Me pregunto por qué el Presidente Sebastián Piñera no va a un Cesfam o a una organización comunitaria y, como señal pública de normalización del test, ahora que las autoridades de Salud señalan que es muy importante hacérselo, me pregunto por qué no se lo hace el Presidente de la República, así como el ministro de Salud, de tal forma de reimpulsar la campaña del test, en el sentido de que es un test normal, que es test que no duele, que dura 15 minutos y posterior a él puedes saber tu estado serológico.

Nos reunimos con distintos parlamentarios, con distintas candidatas y candidatos presidenciales; todos mostraron su deseo y su disposición a apoyarnos. En este punto, es importante decir que el modelo de atención se tiene que seguir manteniendo en la esfera de los hospitales públicos complejos; no puede ser que aquí, en esta comisión, alguien plantee que la atención en VIH-SIDA debe ser trasladada a los consultorios primarios. Al respecto, las personas que vivimos con VIH no vamos a ir a los consultorios a atendernos con la vecina; necesitamos espacios seguros, confiables y, además, espacios en los cuales estén los profesionales y donde exista capacidad técnica y humana.

Las campañas de prevención tienen que ser construidas con la sociedad civil; deben ser construidas con ella. En este minuto, hay un recurso de protección en la Corte Suprema que pusimos en contra del exministro de Salud, porque no incorporó a la sociedad civil en la campaña y porque como ustedes pueden observar en el *spot*, esta campaña, más que prevenir el VIH o impulsar que se hagan el test rápido, lo que buscaba es que se averiguara o se informara o se investigara quién tenía SIDA y quién tenía VIH de las personas que aparecían en la campaña. ¿Cómo es posible que las autoridades de salud inicien una campaña del terror, una campaña de búsqueda, tipo detective, sabiendo quienes viven con VIH? Si es para eso, mejor que nos

pregunten: yo vivo con VIH, y en este salón hay otras personas que también viven con VIH.

Finalmente, todos vivimos con VIH, y todos convivimos con VIH. Tenemos un hermano, una amiga, nuestro vecino, nuestra vecina, por lo tanto, el VIH es parte de nuestra vida, es parte de nuestro quehacer y, cuando hablamos de VIH y de prevención, no pensemos solamente en poner una barrera a las personas que no lo tienen, sino preguntarnos cómo integrar los derechos humanos de las personas que viven con VIH.

Algunas recomendaciones para la comisión investigadora y para las autoridades de Salud.

En primer lugar, un programa nacional de control y prevención del VIH-ITS con presupuesto importante, y no con tres chauchas como lo es ahora.

En segundo lugar, liderazgo técnico, político, nacional e internacional, que ahora desgraciadamente no se tiene. Por ejemplo, la exencargada de programa, la enfermera señora Ana María San Martín, tuvo que renunciar a su puesto de manera obligada, por las presiones políticas y por el acoso laboral, del doctor Beltrán, que está presente en esta sala, y por la asesora del ministro de Salud, señora Alejandra Houston.

No es posible que los funcionarios del ministerio, encargados de los programas, deban recibir presiones políticas, que son ajenas a su competencia, y que tienen que ver con intereses económicos y lucrativos con la industria farmacéutica.

En tercer lugar, necesitamos un programa nacional que sea intersectorial, y que incorpore no solamente a Salud, porque este no es solamente un problema de Salud, sino también es un problema cultural, y por ello también uno puede cuestionar dónde está el Ministerio de las Culturas. Asimismo, es un problema educación, y uno se pregunta dónde está esa Cartera. También es un problema de desarrollo y de pobreza, entonces uno se pregunta dónde está el Ministerio de Desarrollo Social. Es más, el Ministerio del Trabajo y todos los otros deben estar incorporados en este programa.

En cuarto lugar, necesitamos mesas e instancias institucionales de trabajo con las organizaciones. ¿Dónde está la mesa *trans*, dónde está la mesa indígena o la mesa nacional? Todas desaparecieron.

En quinto lugar, necesitamos campañas de comunicación social de prevención permanentemente, y no solamente en

diciembre; campañas con participación, con incidencia comunitaria; campañas generales para toda la población, pero también focalizada, por ejemplo, campaña para gays, para pueblos indígenas, para mujeres, para jóvenes; cada uno se tiene que sentir identificado en una campaña. Necesitamos campaña de comunicación con participación de las más importantes autoridades.

En sexto lugar, necesitamos la creación de nuevos centros de salud. En este punto -lo planteo al ministro- no es posible que los centros de atención estén saturados; que uno tenga que pedir hora y esperar cinco, seis o siete meses para hacerse un examen o para atenderse. Es más, el exministro Santelices prometió diez nuevos centros de atención; hasta ahora se han creado cuatro o cinco, que casi nadie los conoce, y ni se sabe cómo están funcionando.

En séptimo lugar -esto es muy importante para las autoridades, para los parlamentarios y para el ministro-, necesitamos centros de atención en ITS. Cuando hablamos de aumento de VIH también hablamos de aumento de gonorrea y de sífilis. Entonces, ¿dónde se puede atender un joven que tiene gonorrea? ¿Dónde están las campañas de prevención de la gonorrea? ¿Cómo saben los jóvenes lo que es una sífilis? ¿Quién les informa, el papá, la mamá, la abuelita? Los jóvenes no saben; no hay un soporte institucional de salud, que les enseñe qué es una ITS y dónde atenderse.

El consultorio no es el mejor lugar para ir a atenderse un ITS, al lado de la vecina, del amigo, del pololo o la polola.

Finalmente, quiero referirme al día nacional del VIH-SIDA en nuestro país. En esto, algunos pueden reírse, o crean que uno está haciendo el tony o el ridículo señalando un día nacional. ¿Por qué es importante? Porque es un gesto simbólico, un gesto político e institucional, de esta Cámara de la República, y de las autoridades, de impulsar un día que nos fuerce, que nos invite y que nos motive a hablar de nuestro propio SIDA, de nuestro SIDA nacional; una campaña decía Chile tiene SIDA, pero Chile tiene SIDA y además tiene personas que vivimos con VIH, y esas personas merecemos respeto en nuestros derechos humanos, y no que se nos practiquen tratamientos exploratorios para la industria farmacéutica, sino necesitamos participar, necesitamos que nuestra voz se escuche y, humildemente, yo quiero ser parte de esa voz.

Quiero terminar señalando que es importante que todas las campañas nacionales que se hagan, todos los esfuerzos, que estoy seguro que así van a ser, estén alejados de todo tipo de intereses o de presiones, primero, de la industria farmacéutica que está al acecho de este tema, y razón por la cual no hay cura. Es más, cuando ustedes se preguntan por qué no hay cura para el VIH-SIDA, la respuesta es que este es uno de los grandes negocios, junto con la droga y los armamentos.

Esta enfermedad es muy lucrativa, y es por eso que necesitamos el fin del lucro en el VIH, así como también necesitamos el fin de la intervención de las iglesias.

Quiero leerles una pequeña carta, y lo haré no para criticar ni para desmerecer al expresidente Aylwin ni a la transición democrática, en la cual todos participamos y nos sentimos también orgullosos; esta es una carta que le envía Patricio Aylwin al obispo Jorge Medina Estévez, el 7 de julio de 1993, a propósito de la campaña del VIH.

"Estimado señor obispo, Jorge Medina Estévez, me refiero a su carta del 30 de mayo y 30 de junio, en que se refiere a la campaña sobre el SIDA.

Sobre el particular, me es grato expresarle lo siguiente:

Según me informan oficialmente, el Ministerio de Salud, en el Programa de Prevención del VIH que lleva a cabo el gobierno, no se contempla ni se contemplará la realización masiva de preservativos -eso para que se quede tranquilo el obispo-.

En relación al *spot* a que se refiere su publicación, la carta que me adjunta, tan pronto conocí esa información manifesté mi desacuerdo con el contenido y con la forma de este *spot*, lo que determinó la decisión el Ministerio de Salud de eliminarlo de la publicidad.

Comprendo su punto de vista, y he dado instrucciones para que en esta materia se enfatizen valores tanto como la fidelidad conyugal, la espiritualidad del amor y el desarrollo del carácter para hacer prevalecer la conciencia sobre los instintos.

Lo saluda atentamente,

Patricio Aylwin Azócar.

Señora Presidenta, espero que en estos tiempos oscurantistas y conservadores, donde las campañas de VIH y las

políticas VIH estaban sometidas a la autoridad de un obispo, terminen para siempre.

Muchas gracias.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Muchas gracias por su exposición.

Algunas de las propuestas que ha planteado, sobre todo el tema del día nacional, tendrá que ser motivo de un proyecto de ley, así que a quienes nos interesa el tema vamos a ponernos de acuerdo.

A continuación, vamos a escuchar al ministro de Salud.

Señor ministro, ¿va a exponer usted o don Ángelo González?

El señor **MAÑALICH** (ministro de Salud).- El señor Ángelo González.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Muy bien.

Damos la bienvenida al ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, y a don Ángelo González, jefe del Departamento de VIH del Ministerio de Salud.

Le ofrezco la palabra.

El señor **MAÑALICH** (ministro de Salud).- Señorita Presidenta, solicito algunos minutos para hacer una introducción.

Esta comisión investigadora ha sido convocada con razón porque en Chile tenemos un aumento muy alarmante del número de personas que están viviendo con VIH, enfermedad que para la historia de la humanidad no es muy antigua. Estamos hablando de cincuenta años. Las vías de transmisión de esta enfermedad han sido múltiples.

En primer lugar, la transmisión vertical, es decir, de madre embarazada portadora del virus, que vive con el virus, a su niño en su vientre.

Afortunadamente, esa forma de transmisión está en franca reducción. En este momento, en un número que es relativamente estable, nacen cuatro o cinco niños portadores del virus al año en el país.

En segundo lugar, las transfusiones sanguíneas.

Al respecto, hay un éxito muy rotundo. El uso de testeo con alta sensibilidad en todas las bolsas de sangre impide o ha clausurado esta vía de transmisión.

En tercer lugar, un problema que ha sido muy relevante en otros países, afortunadamente no en el nuestro, es la transmisión por compartir jeringas en adictos que usan drogas

endovenosas, y por el escaso uso de ese tipo de adicciones no ha sido un gran problema.

Tenemos el foco, como bien se dijo, después de esta historia de algunos éxitos en esta enfermedad reciente para lo que es la epidemiología en poblaciones de riesgo, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales y transgéneros.

Me parece muy relevante señalar que la situación que vivimos hoy día es muy diferente a la que vivíamos hace quince o veinte años. En ese período adquirir esta infección significaba en la práctica una condena a muerte, por la inmunodeficiencia.

Hoy la situación es extraordinariamente distinta porque en la medida en que una persona sepa a tiempo que está viviendo con el virus -quiero enfatizar esto porque tiene mucho que ver con las políticas públicas que se han ido implementando y que deben perfeccionarse, algunas de las cuales han sido mencionadas acá- puede ponerse en tratamiento y con ello evitar enfermar y morir de Sida.

Recientemente se ha publicado -el doctor Carlos Beltrán puede refrendarlo- que las personas que no tienen carga viral, o sea, que tienen ausencia de circulación en la práctica mantienen la seropositividad, pero no tienen el virus circulando, indetectable, la posibilidad de que contagien a otro es prácticamente cero, al punto que han aparecido trabajos recientes en que se hacen la pregunta si es necesario -perdóneme al anatema de lo que esto significa en algunos círculos- que las personas que tienen carga viral indetectable sigan usando preservativos en el momento de su actividad sexual, producto, insisto, de que la persona tiene esta negatividad. Quiero insistir en este punto porque los tiempos cambian y la forma de hacer políticas públicas cambia a tono con los nuevos conocimientos.

En un reciente trabajo de un promedio mundial, con mucha base en África, las personas que no tenían conocimiento de que estaban viviendo con VIH, o sea que no se habían hecho el examen, por lo tanto, no sabían, son responsables del 38 por ciento de las transmisiones de esta infección.

Las personas que saben que viven con el virus, pero que no están en un buen tratamiento, son responsables del 43 por ciento de las transmisiones.

Las personas que saben que están en tratamiento, pero que no están con supresión del virus, o sea que la carga viral todavía muestra virus detectable, son responsables del 20 por ciento.

Aquí está el punto que quiero enfatizar. Aquéllas personas que están viviendo con VIH, que lo saben, y que tienen supresión de la circulación del virus -la carga viral es indetectable-, la posibilidad de que transmitan la enfermedad es cero.

Esto, insisto, es un llamado a una dimensión que ha sido muy difícil de instalar, y que hicimos esfuerzos durante el primer gobierno del presidente Piñera por llevarlo adelante, y es que la estrategia fundamental de prevención es identificar a quienes viven con el virus y ponerlos en un buen tratamiento, en un buen control, moderno, con los lugares adecuados para que se traten con expertos, en fin; con exámenes cuando se requiera de carga viral u otros asociados, porque eso significa que estas personas, en primer lugar, no van a fallecer -perdón que haga esa generalización- producto de esta enfermedad y, en segundo lugar, no van a infectar a otros.

Este paradigma es el paradigma clásico de cualquier enfermedad infecciosa, o sea, cómo logramos identificar a quienes tienen sífilis, tuberculosis, que tienen esto, lo otro y lo de más allá, y de cómo manejamos a ese grupo como la principal fuente de riesgo para la difusión de la enfermedad en la comunidad es una estrategia de siglos en enfermedades infecciosas.

Desgraciadamente, esta estrategia multiseccular tiene un efecto socialmente muy duro. Cuando alguien sufría de lepra quedaba aislado. O sea, sufrir una enfermedad de esta naturaleza, infecciosa crónica, es sinónimo en la práctica de discriminación. A los enfermos los llevaban a una isla para separarlos, y esa dinámica sigue siendo válida en la cultura.

En efecto, tenemos una enfermedad infecciosa que se transmite de una u otra manera. No digo que el mecanismo de transmisión sexual la haga diferente a la discriminación cultural que sufre toda persona que tiene una enfermedad infecciosa. Nos pasa hoy con la tuberculosis para lograr identificarla y ponerla en tratamiento, porque todavía queda mucha tuberculosis en nuestro país y además se asocia con el sida. Es algo muy difícil que requiere de una revolución cultural, un cambio en el cual los grupos que ustedes

representan son absolutamente vitales porque son los que pueden llegar a la comunidad y hacer los cambios culturales que se necesitan.

Tengo otros elementos que puedo manifestar después, pero prefiero ceder la palabra al doctor Ángelo González para que les cuente en qué está la situación en los últimos años, desde el punto de vista del trabajo de la salud pública, de su financiamiento y luego abrir una conversación. Agradezco mucho la oportunidad de venir al cierre de esta comisión investigadora, aportar algo y escuchar sugerencias y críticas en algo que para mí es extraordinariamente relevante. Los representantes de la comunidad trans hoy son testigos de que mientras fui ministro tuvieron siempre la puerta abierta e hicimos cualquier esfuerzo para generar financiamiento y cobertura a través de Fonasa para las cirugías necesarias y para los tratamientos. Creo que es algo que debemos mantener, y como hoy la cultura se ha modernizado y hay respeto hacia una opción de esta naturaleza completamente válida, es más fácil lograr esta cobertura.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En relación con las metas comprometidas, ministro ¿cree que vamos a llegar al 2020 o al 2030 con el compromiso internacional del 90-90-90?

El señor **MAÑALICH** (ministro de Salud).- Tenemos que llegar. Sabemos que el compromiso parte por este primer 90 por ciento de las personas que viven con VIH que lo saben, porque se han hecho un examen, etcétera. He sido firme partidario, y me interesó su idea de un día nacional, donde todo el mundo - a pesar de que no es muy eficiente, pero que no es discriminador- se haga un testeo universal. Un día o una semana donde todos hagamos alguna forma de evaluación, sea autotest, test rápido, examen de laboratorio o donar sangre que puede significar un elemento para identificación. Somos capaces de eso, porque la cascada 90-90-90, en las otras cosas, estamos bien. Tenemos aproximadamente el 70 por ciento de personas que saben que tienen VIH y tenemos que llegar a 90 por ciento. Esa es la primera llave para lograr el éxito y desde ahí está condicionado todo lo demás, porque la caída de esta cascada - como va a mostrar Ángelo a continuación- es bastante leve. La posibilidad de que una persona, que sabe que tiene VIH, esté en un tratamiento, que puede ser garantizado mínimo con un copago, es muy alta.

Respondiendo a su pregunta, estos compromisos internacionales que no están firmados en una convención internacional, pero el Estado de Chile los ha asumido como política y en eso estamos trabajando vigorosamente. Me preocupa primero subir ese 70 por ciento a 90 por ciento, a través de todos los esfuerzos que podamos idear en conjunto.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- El martes, en la sesión de la Comisión de Salud, planteábamos hacer entrega de este informe con antelación a los diputados de esta comisión, porque nos interesa recoger las observaciones de todos los que han participado y generar algunas propuestas. Es muy positivo haber tenido la posibilidad de escuchar a todo el mundo y de convocar a todo el mundo y que se traduzca en un compromiso de todos para cumplir esta meta que nos acaba de señalar y que pasa principalmente por la detección de los casos que hoy viven con VIH en nuestro país.

El señor **MAÑALICH** (ministro de Salud).- Para avanzar, respecto del autotest, por la discriminación, tenemos un problema para que las personas se hagan el examen. A partir de trabajos iniciales en África Subsahariana, se ha postulado que una forma adecuada de llegar a la comunidad es a través de autotest, es decir, que la persona lo reciba gratuitamente o lo compre y se haga el autotest en saliva u orina. En este tema, lo digo enfáticamente, tenemos que tener mucho cuidado, porque, al menos el autotest de tercera generación, tiene una tasa no despreciable de falsos positivos y de falsos negativos. Me hago el examen en saliva, lo miro en un reactivo, como el de embarazo, y puede que arroje negativo, pero no es cien por cien seguro. Entonces, puedo concluir algo que es incorrecto. Peor todavía, porque me puede salir positivo, en circunstancia que, llevado a la verificación, es negativo, como ocurre en muchos bancos de sangre que tienen un examen de altísima sensibilidad para no correr el riesgo de transfundir sangre potencial, se detectan falsamente casos que hay que confirmarlos, porque resulta que no eran positivos. Es un problema y debemos generar una normativa para el testeo rápido, porque no significa la última palabra. Si el test sale positivo, la posibilidad de que viva con VIH es prácticamente del cien por cien, pero si sale negativo estamos en un problema. Por eso insisto que debemos tener mucho cuidado con el *gold standard*, que es el test rápido Elisa.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Qué porcentaje de error tendría?

El señor **MAÑALICH** (ministro de Salud).- Lo va a decir el doctor Ángelo González. Lo que quiero señalar es que esto es un examen en evolución. Cuando lo generalicemos, a más tardar en 2021, para que esté disponible en todas partes, vamos a tener un test más confiable que el que tenemos ahora, donde la tasa de falsos positivos y falsos negativos sea menor de la que tenemos hoy día.

El señor **ROBLES**.- Señorita Presidenta, sería importante que nunca dejen a un lado la consejería. A propósito de que usted plantea los falsos positivos y negativos, es importante la consejería y las organizaciones comunitarias hemos insistido en eso. Hace un tiempo éramos consejeros en los hospitales y entregábamos información y educación a nuestros propios pares. Ahora eso no existe y se recarga el trabajo de los funcionarios, de las enfermeras y de las matronas. Las personas que sí queremos hacer consejería -no solo contar nuestra triste historia- en cómo prevenir, viviendo con VIH y prevenir y cómo entregar resultados, lo podemos hacer.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Cuándo se acabaron esas consejerías?

El señor **ROBLES**.- Hace diez o cinco años.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Coincide con el aumento.

El señor **ROBLES**.- Sí, coincide con el aumento.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el doctor Ángelo González.

El señor **GONZÁLEZ** (don Ángelo).- Esto es un pequeño punteo de los principales temas que voy a tocar.

Comenzaré con un resumen cronológico. Tenemos una línea cronológica que muestra el periodo 2010-2018.

La diapositiva muestra las campañas comunicacionales que se realizaron en el periodo 2010-2013, con los afiches respectivos. Adicionalmente, se da cuenta de los principales estudios que se realizaron durante este periodo. Por ejemplo, en 2010 se hizo un estudio de prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres.

Es importante destacar que en 2010 se creó el departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/Sida, propiamente tal, antes era Conasida.

En 2013 se actualizó la Guía Clínica, que permitió el acceso universal, por sospecha diagnóstica, al AUGE.

En el segundo periodo, 2014-2018, tenemos los mismos lineamientos. Podemos ver los marcos regulatorios que se han realizado en este periodo, que pueden incluir modificación de decretos, creación de guías clínicas o directrices técnicas. También se mencionan las campañas comunicacionales que se han realizado y los grandes hitos. Por ejemplo, en 2017 fue el decreto modificadorio GES, que se implementó en marzo de 2018. ¿Por qué tuvo tanta repercusión? Porque ese fue el acceso universal a tratamiento antirretroviral. Antes de este periodo, a pesar de que alguien tuviera VIH, la condición no bastaba para iniciar el tratamiento, sino que dependía de los niveles de CD4, un marcador inmunológico para saber qué tan avanzada estaba la enfermedad. Se esperaba que el usuario tuviese menos de 350 CD4 dar inicio a la terapia antirretroviral. Actualmente, ese es un marcador bastante bajo, pensando que con 200 CD4 ya se considera etapa SIDA. Entonces, con esta modificación al decreto se disminuyeron barreras de acceso al tratamiento. Así, una vez que el usuario es diagnosticado, tiene acceso al tratamiento antirretroviral. La modificación de la ley se hizo en junio de 2017, pero se empezó a implementar en marzo de 2018.

Acá tenemos la cascada del continuo de atención de 2017, porque la de 2018 se presenta a fines de julio de este año. La estimación de personas viviendo con VIH la hace Onusida, a través de un paquete matemático, que se llama *Spectrum*. No son datos exactos, sino que se estima cuántas personas deberían vivir con VIH en el país y, para los fines de esta presentación, son 67.000. Siempre lo hago en un delta más arriba y un delta más abajo, pero vamos a trabajar con 67.000.

Este gráfico de cascada permite visualizar que 90 por ciento de los usuarios que viven en el país deben conocer su estado serológico; que 90 por ciento de los que conocen su estado serológico tenga acceso a la terapia antirretroviral y que de estos últimos, 90 por ciento esté con carga viral indetectable ¿Por qué tenemos que llegar a esta cascada? Porque, de acuerdo con los últimos estudios y evidencias científicas, está demostrado que una persona con VIH, con terapia efectiva y con carga viral indetectable, no transmite; por lo tanto, cortamos la cadena de transmisión.

En 2017, de las 67.000 personas que vivían con VIH, 46.924 estaban diagnosticadas, lo que equivale a 70 por ciento; entonces, tenemos un delta. Tenemos que 30 por ciento de población vivía, en ese momento, con VIH, que no conocía su estatus serológico, y para nosotros, como gobierno, este fue un pilar fundamental, porque sin este pilar no puede haber cascada, no podemos seguir con los pasos que vienen a continuación. Entonces, todas las energías se concentraron o se potenciaron en tratar de aumentar el diagnóstico en la población ¿Cómo lo hicimos? Incorporando el test rápido como método de tamizaje. Antes, solo existía el método mediante dispositivos instrumentales, el test de Elisa. Recordemos que, para tener acceso a este examen, uno tenía que ir, necesariamente, a una institución sanitaria. Tenía que pedir hora con un profesional, profesional que tenía que estar capacitado en consejería en VIH, y el diagnóstico, propiamente tal, tenía que ser dentro del laboratorio, realizado solamente por tecnólogos médicos.

Con el tiempo, se hizo una modificación. Lo primero que hizo fue eliminar el concepto de consejería de pretest; por lo tanto, un profesional, independiente de que tuviera el curso, podía solicitar el examen. Con esto se disminuyó una gran barrera de acceso.

En segundo lugar, se incorporó el test rápido como método de tamizaje, ya no solo era el test de Elisa.

En tercer lugar, el test de tamizaje, como test visual, se sacó de los laboratorios, ya no lo analizaban exclusivamente los tecnólogos médicos, sino que se abrió a otros profesionales, como médicos, bioquímicos, químicos farmacéuticos, enfermeras, incluso personal técnico de enfermería que estuviese bajo supervisión.

Además, se implementó el testeo visual, mediante la modalidad extramuro; o sea, no solo salió del laboratorio, del hospital y se llevó al consultorio, sino que, adicionalmente, se llevó afuera de los recintos institucionales sanitarios. Por ejemplo, durante el verano, estuvimos en recitales, en ferias costumbristas, en playas, etcétera, etcétera, porque tenemos un marco regulatorio que nos permite hacer el testeo en esos lugares.

No solo basta con hacer el diagnóstico de la población, sino que, una vez hecho, debemos hacernos responsables de ese diagnóstico y saber qué pasó con esa población y vincularlos

al sistema sanitario, porque, de otro modo, esa población no tiene acceso a la terapia antirretroviral, no logra la indetectabilidad y, por lo tanto, sigue la transmisión. ¿Qué se ha hecho al respecto? En primer lugar, existe la dessectorización en VIH. ¿Qué quiere decir eso? Por ejemplo, si tengo VIH y vivo en la comuna de San Miguel, por jurisdicción me correspondería el hospital Barros Luco; pero si en ese hospital se atiende mi mamá, mi papá o trabaja mi vecino y yo no quiero que ellos sepan que asisto al mismo centro, puedo elegir atenderme en otro hospital de Chile, que cuente con las prestaciones sanitarias en VIH. O sea, en este caso podría ir al San Juan de Dios, al Salvador o al Sótero del Río; incluso, muchos pacientes migran de región. Por ejemplo, hay personas que fueron diagnosticadas en Punta Arenas, pero como la región es pequeña, no se atienden allá, sino que cambian sus atenciones al hospital de Puerto Montt. Esto ha sido tremendamente importante.

Cabe recordar que, con la modificación del decreto, se derogó que el inicio de la carga viral dependiera de los niveles de CD4, y esto va alineado con la estrategia de *test and treat*, que establece que mientras más precoz se diagnostique, se debe iniciar el tratamiento lo antes posible. Esa fue una gran barrera que se quitó; hoy, apenas se diagnostica, se trata y ya no importan los niveles de CD4.

Adicionalmente, de acuerdo con el último modificatorio GES, se modificaron las canastas de las terapias antirretrovirales. Cuando me inicié en VIH, hace diez años, las personas como yo tomaban 5 a 10 comprimidos, lo que dificultaba mucho la adherencia. Si tengo que tomar 10 pastillas diarias, por el resto de mi vida, lo más probable es que no sea adherente a eso. Entonces, se invirtió en moléculas de mayor efectividad, concentradas en un comprimido; por lo tanto, hoy puedo encontrar tres drogas en un solo comprimido, lo que facilita la adherencia, disminuye las reacciones adversas y disminuye la polifarmacia. Resultado: es absolutamente notable el beneficio para el usuario.

Respecto de la indetectabilidad, para que un usuario esté indetectable, el requisito básico es que esté en terapia, pero, además, tiene que ser adherente a esa terapia. Para el segundo semestre de este año tenemos en proyecto la creación de un protocolo de seguimiento para aquellos usuarios que no

han asistido a sus controles de VIH. La idea es hacerles un seguimiento y lograr la indetectabilidad de manera permanente.

Hace un par de años se incluyó al personal químico farmacéutico dentro de los equipos clínicos de VIH, porque se ha demostrado que ellos, mediante la educación, favorecen la adherencia; es decir, han aumentado los niveles de adherencia de los usuarios.

Tenemos el plan nacional, con los objetivos generales y específicos, lo que mostramos en la primera presentación.

El señor **MAÑALICH** (ministro de Salud).- En la lámina anterior tenemos el gráfico en cascada de la situación de VIH en Chile. Respecto de su pregunta, señora Presidenta, relacionada con la meta, si decimos 90-90-90, eso es 72 por ciento. Significa que tenemos que llegar a un objetivo, cual es que, al menos, 72 por ciento de las personas que están viviendo con VIH, lo sepan, que estén en tratamiento y que tengan carga viral suprimida; las tres condiciones.

Respecto de la población estimada por Onusida, los 67.000 y tanto, en la fotografía de hoy -esto es dinámico, porque van a aparecer más casos- estamos a 13.000 casos de cumplir la meta de Onusida. Es decir, si llegáramos a 48.000 personas, en lugar de 35.000, que viviendo con VIH, conocen su estado, están en tratamiento y tienen carga viral suprimida, ya habríamos cumplido.

Perdón que interrumpa, pero aquí hay una paradoja muy compleja de entender o de aceptar: el mejor esfuerzo que debemos hacer es encontrar a 13.000 personas lo antes posible.

Entonces, cuando se dice: "Mira, subió tanto y tenemos 6.000 nuevos casos. Tratemos de bajarlos a 4.000." Es suicida, lo que tenemos que hacer es llegar, ojalá, a 10.000 nuevos casos al año -estoy poniendo esa meta- detectados, y recién entonces aspirar a que esto se estabilice. Siempre y cuando seamos capaces de controlar los nuevos casos y que se mantenga una cifra relativamente estable para no aumentarla.

Es crucial decir esto en esta comisión: si necesitamos un consejo o ayuda, como ministerio, debemos hacer un esfuerzo radical por aumentar los nuevos casos que se detectan cada año. En concreto, la meta de 90-90-90 significa hoy 13.000 nuevos casos.

Si este año fuéramos capaces de detectar 13.000 nuevos casos, dejando las cosas igual -ingenuo no soy-, nuestro acercamiento a la meta sería radical.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Con respecto a lo que dice el señor ministro, en algún momento dijimos: lo importante sería -en la misma línea de lo que planteaba el ministro-, más allá de que hoy no esté financiado el tratamiento, identificar los nuevos casos. Incluso, en el algún momento, el propio director de la Cenabast dijo que no estaban los recursos para comprar los medicamentos.

El señor **MAÑALICH** (ministro de Salud).- De hecho, tienen garantía GES.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Exactamente. De hecho, lo planteó la directora de Epidemiología del Instituto de Salud respecto de la posibilidad de que este año se anunciarían 8.000 nuevos casos, que es más o menos un 1 por ciento más de los que se habían identificado, como han corroborado algunos expositores.

Entonces, habría que saber si esos 8.000 nuevos casos calzan con los 13.000 o se nos arranca la distancia respecto de los posibles otros nuevos casos; quizá, es una tarea que ustedes tienen como ministerio.

Ahora, uno podría hacer la resta más simple, que de 13.000 ya alcanzamos 9.000 o 8.000, pero hay que ver cómo alejamos ese límite en función de lo que hemos hecho hasta ahora. Al menos en la aplicación de los testeos, aún no hemos logrado llegar a más del 1 por ciento de identificación de los casos. Por lo tanto, no es por ahí la vía de identificación de estos casos; entonces, ¿qué pasa? ¿Por dónde los encontramos? Ahí es donde obviamente el tema de la sociedad civil recobra importancia.

Tiene la palabra el diputado Jorge Durán.

El señor **DURÁN** (don Jorge).- Señorita Presidenta, quiero agradecer tanto la presencia del señor ministro como la de don Víctor Hugo Robles, pues los datos que señaló en su exposición son muy fuertes e importantes.

Quiero dejar en acta lo que señala el ministro, en el sentido de que es muy importante la paradoja, porque inmediatamente cuando empiezan a aparecer cifras altas de detección de VIH, lo primero que se hace y lo primero que no quiero que pase en los próximos dos años es que se ataque al gobierno. Ello, porque van a decir: "¿Cómo subieron las cifras y no se hizo nada!"

Lo que hay que buscar es visibilizar esos casos de VIH y entregarles un tratamiento pues tiene garantía GES, como dice

el ministro. En el fondo, lo importante es detectarlo y que exista la voluntad del ministerio, de la sociedad civil y de todas las organizaciones para ir en ayuda, y no que inmediatamente apenas aparezcan las cifras, lancen golpes bajos culpando al gobierno, en vez de felicitar la labor de ir detectando todos estos casos.

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

El señor **GONZÁLEZ**.- Señorita Presidenta, no vamos a exponer este resumen del Plan Nacional, porque ya se habló de él en la primera presentación. Acá están las principales líneas estratégicas del plan, que son 5, por lo que vamos a detenernos en el diagnóstico y en la atención del VIH e ITS, que están alineados respecto de lo que hemos estado comentando. Dentro de nuestras políticas está el diagnóstico de la población que no conoce su estatus serológico.

Para hablar de temas más específicos, tenemos el *test* visual o el *test* rápido de VIH. En resumidas cuentas, se inició en fase piloto en diciembre de 2017 para establecerse en todo el país en septiembre de 2018. Hoy está implementado en las 16 regiones del país, en los 29 servicios de salud y en el ciento por ciento de los Centros de Salud Familiar.

El *test* rápido es un dispositivo que me permite mediante una punción del dedo saber mi estatus serológico de 15 a 20 minutos, pero creo que algunas veces en la comisión se ha mal interpretado el concepto de *test* rápido, el cual no significa que voy a la institución sanitaria y que rápidamente me hagan el *test*.

El *test* rápido significa que yo me testeo y que, una vez que lo hice, de 15 a 20 minutos puedo saber mi estatus serológico. Si este es negativo, lo voy a saber en 20 minutos y, si es *test* reactivo, se me va a tomar una muestra sanguínea para que se vaya a confirmación al Instituto de Salud Pública.

Referente al número de *test* que se han tomado en Chile en los últimos 3 años.

Tenemos separados en la columna por *test* instrumental, que son los *test* de Elisa, por sangre lo que normalmente siempre existe. En la segunda columna tenemos los *test* visual o *test* rápido.

De 2017 a 2018 hubo un aumento tanto de *test* instrumental como con *test* visual. Recuerden que de 2019 llevamos solo un semestre, pero aun así la cantidad es casi la

mitad de lo que se han hecho en 2018 de *test* instrumental; sin embargo, en los *test* de lectura visual hemos aumentado en casi 3 por ciento la cantidad de *test* que se tomaron durante todo el 2018.

En resumen, el número total de exámenes de VIH en 2017 fue de 637.000; en 2018, 792.000; y en 2019, como decía, llevamos la mitad de lo que se tomó durante 2018.

La campaña de verano fue una estrategia para dar a conocer a la población general que existía este nuevo método de tamizaje, porque si no le contábamos a Chile que existía este nuevo método, obviamente, la población no iba a tener acceso a él. Por eso nos acercamos a la población general, no a grupos focalizados, para contar acerca del VIH y para ofrecer este nuevo dispositivo.

Voy a contar una experiencia.

Traté de ir a muchas de estas actividades y fui a una en el Mercado Central y solo había 4 personas. Me llamó la atención porque había 2 adultos con sus hijos; me dirijo a la niña y le digo: "Cuéntame, ¿por qué te vas a hacer el examen? Ella me responde: "es que lo escuché en las noticias, y traje a mi pareja; y mi mamá me escuchó cuando estaba invitando a mi pareja y le dijo a mi papá: ¿por qué no nos vamos a tomar los 4 el examen?" Y eso lo encontré increíble, porque era imposible que pasara hace diez años. Los conceptos o paradigmas que teníamos de estigmas y discriminación con el VIH eran tan grandes que cuando alguien decía: "Hazte el examen del VIH", el otro respondía: "Por qué me voy a hacer el examen de VIH?" Eso hoy ha ido cambiando, cada vez más.

Entonces, creo que esta actividad que fue masiva, para contarles a todos los chilenos, ha tenido sus frutos. No desde el punto de vista de pesquisar a la población clave, sino que nos ha ayudado a derribar mitos y a contar al país que existe esta nueva estrategia de tamizaje.

¿Cuántos *test* se realizaron en el país?

Durante 3 meses se realizaron 35.039 exámenes, de los cuales el 59 por ciento correspondía a mujeres mientras que el 40 por ciento correspondió a hombres, siendo la población *trans* solo del 0.03 por ciento.

Acá pueden ver un gráfico que nos muestra por edad la población que accedió al testeo. Se destaca que entre el grupo de 15 a 34 años fue más del 60 por ciento de la población, que

de acuerdo a los últimos datos de ISP, es donde se ha visto la mayor alza de nuevos diagnósticos.

En la tabla que está más abajo hay un resumen que nos dice que de las 35.039 personas que se tamizaron, 78 fueron reactivas. Recuerden que se aplica un *test* de tamizaje, no que confirma, esto corresponde a un 0.22. ¿Cuántos casos fueron fidedignamente confirmados por el Instituto de Salud Pública? 0.17; es decir, por la campaña de verano se pudieron diagnosticar 61 personas con VIH que desconocían su estatus serológico.

En cuanto al trabajo con la población civil, sabemos que la primera estrategia era masificar el conocimiento de este nuevo dispositivo; por lo tanto, el segundo paso era más bien focalizarlo, y qué mejor medida de focalizarlo a través del trabajo con la sociedad civil, pues son ellos los que tienen la conexión con las poblaciones claves.

Históricamente, los grupos de población clave han tenido brechas de acceso a las instituciones sanitarias, por lo tanto, el trabajo con la sociedad civil en este punto es absolutamente fundamental.

¿Qué hicimos como gobierno?

Se hizo una licitación a lo largo de todo Chile. Las 16 regiones licitaron proyectos para salir a testear mediante la modalidad extramuro a los grupos de población clave.

Acá tenemos un resumen de los proyectos que se adjudicaron: podemos ver grupos de población objetivo; en total se lograron adjudicar 51 proyectos. Es importante decir que es una actividad que todavía está en ejecución y hay regiones que aún no cierran el proceso, por lo tanto, este número va a aumentar.

Este mapa está separado por regiones, nos dice cuántos proyectos se han ejecutado por regiones; cuántos *test* se han realizado por regiones y cuántas organizaciones civiles participaron en cada ejecución. Les voy a dejar la presentación, para que se revise su información sin problemas.

Respecto de los pueblos originarios, ¿qué estamos haciendo en el tema para ellos? Para el gobierno es tremendamente fundamental trabajar con ellos, porque internacionalmente están descritos como población vulnerable. ¿Por qué se habla de vulnerable? En el sentido de que existen barreras de acceso desde el punto de vista cultural, social, lingüístico, etcétera, por lo que ven disminuido su acceso a

prestaciones sanitarias, específicamente en VIH y en infecciones de transmisión sexual (ITS).

¿Cómo trabajamos y cómo nos hacemos responsables de eso? Con mucha felicidad les cuento que este año estamos realizando las primeras jornadas nacionales de actualización de VIH/ITS para personas pertenecientes a pueblos originarios. Para eso nos hemos asociado con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (Conadi), a fin de llegar a esa población vulnerable. No solo estamos trabajando con los pueblos indígenas organizados, sino también con la población indígena no organizada, pues generalmente es la más vulnerable. ¿Cómo lo estamos haciendo? Acercándonos a las localidades, específicamente yendo a las regiones y acercándonos a las comunidades, con el objeto de educar y entregar contenido informativo sobre VIH e ITS.

En la lámina siguiente aparece el resumen de las actividades que se realizaron durante el 2018 y las que se realizan el 2019. En mayo de 2019 fue la inauguración de la jornada en la comuna de Lautaro, instancia en la que contamos con la participación de cincuenta personas del pueblo mapuche. Para nosotros es realmente un orgullo porque logramos contar con siete *lonkos* y dos *machis*, lo que ha servido para validar nuestro trabajo pudiendo identificar a los líderes de opinión en la comunidad indígena, lo que ayuda a enrolar a mucha más gente.

En la siguiente lámina está el cronograma de las actividades que tendremos durante el transcurso del año. Es muy importante destacar que se van a realizar a lo largo de todo el país, en las dieciséis regiones, cubriendo tanto Chile insular como los archipiélagos. El trabajo se va a realizar con todos los pueblos originarios, como mapuche, aymara, diaguita, atacameño, quechua, rapa nui, colla, kawésqar y yagán; de hecho, la próxima semana me voy a Arica para trabajar este tema con la población aymara.

Respecto de los migrantes internacionales en VIH/ITS, ¿qué estamos haciendo? Es importante aclarar que tenemos un marco regulatorio, el cual consiste en una estrategia nacional de salud para el periodo 2010-2020, referida al objetivo estratégico N°5 equidad y salud en todas las políticas públicas; en el decreto supremo N°67, se declara al inmigrante como persona que carece de documentos o de permisos de

residencia, y que declara su carencia de recursos; en la Política de Salud de Migrantes Internacionales, mediante resolución N°1308; en el Plan Nacional de Acción Migración y Salud, y la campaña Comunicacional del Ministerio de Salud (Minsal) "La Salud no Tiene Fronteras", realizada en 2018.

¿Qué estamos haciendo? El VIH está incluido en el plan de acción de salud y migración del Ministerio de Salud y tenemos líneas de trabajos en el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, 2018-2019. ¿Cuáles son estas líneas? Se desarrolla por lo menos una jornada de difusión de la cartera de prestación en VIH/ITS en todas las regiones del país; la pertinencia cultural y educacional de VIH/ITS, sobre todo al creole, con el objeto de disminuir barreras de acceso; la capacitación y los vínculos con organizaciones migrantes, para implementar iniciativas de educación y acceso a diagnóstico; y la formación de profesionales ya organizados de la sociedad civil migrante, a través de una capacitación en testeo, para que dentro de la misma población migrante exista implementación del testeo.

Es importante mencionar que existen facilitadores interculturales implementados en toda la red de salud del país, en que Chile es el único país en Sudamérica en incluir el rol de un mediador intercultural en el sistema público de salud. Adicionalmente tenemos la inclusión de la población migrante en los planes de trabajo con el Ministerio de Agricultura.

Respecto del seguimiento de personas viviendo con VIH en abandono de Tratamiento, ¿existe algo al respecto? ¿Qué estamos haciendo? Quiero contar que en mayo de 2018 se hizo una actualización a la circular emanada por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, la cual nos habla de cómo recaptar a un usuario inasistente o que no ha tenido el cumplimiento de alguna garantía de oportunidad. Recuerden que el VIH tanto la sospecha como el tratamiento es una patología GES, por cuanto el usuario tiene garantías de acceso de oportunidad financiera y de calidad.

¿Cómo recaptar a un usuario inasistente o que se ha perdido en este proceso? Esto está escrito en el protocolo, el cual señala que debe haber por lo menos tres citaciones efectivas para pasar a la siguiente etapa. Por ejemplo, tiene que haber por lo menos tres contactos telefónicos efectivos, no sirve llamar y que nadie haya contestado, y tiene que quedar registrado en la ficha clínica a quién se le dio el recado, si

se avisó sobre la citación, etcétera. Ahora, si no se logra contactar mediante el llamado telefónico, existe la visita domiciliaria, la cual generalmente se realiza a través de atención primaria, donde al usuario no se le informa el diagnóstico de ningún examen, solo se le dice a la persona: "estimado, usted está inasistente en su control de tal día. Aquí tiene la siguiente citación".

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Está vigente?

El señor **GONZÁLEZ**.- Por supuesto, esto está vigente.

Finalmente, si aún así no se logra la visita domiciliaria, existe la posibilidad de mandar una carta certificada al domicilio del usuario informando la fecha de su citación.

Específicamente, ¿qué vamos a hacer con el VIH? Como comenté al inicio de mi intervención, que para el segundo semestre de 2019 vamos a implementar un protocolo de rescate de personas viviendo con VIH que abandonan la terapia antirretroviral, para seguir manteniendo el 90 por ciento de las personas con supresión virológica.

Respecto de la transmisión vertical de VIH y Sífilis, ¿por qué es tema? ¿Qué hemos hecho al respecto? En 2018, Chile postuló a la certificación de la eliminación de la prevención-transmisión vertical de VIH y Sífilis, proceso que se hace mediante la acreditación de indicadores. Había nueve indicadores de forma obligatoria, de los cuales tres eran de resultados y el resto de procesos.

En la imagen se aprecia una tabla de los tres indicadores de resultados, que son: la tasa de transmisión de VIH debe ser 2 por ciento menos que la tasa de transmisión de VIH poblacional, que debe ser 0,3 casos o menos por mil nacidos vivos, y la tasa de Sífilis congénita debe ser 0,5 casos o menos por mil nacidos vivos.

En los años 2016, 2017 y 2018 siempre se han mantenido las metas bajo el umbral, con excepción del 2016, que fue un caso expuesto en la Organización Panamericana de la Salud, el cual es de una usuaria a la que se le diagnosticó VIH durante la gestación, se le inició la terapia antirretroviral en el país, se fue del país, abandonó la terapia en el país donde estaba y, luego, volvió al parto. En Chile se le aplicó el protocolo de prevención de transmisión vertical en el parto; sin embargo, no fue estrategia suficiente para que el bebé no

naciera con VIH. Por lo tanto, como país, las estrategias la habíamos realizado, pero era un factor que se escapaba de lo que se podía hacer el hecho de que ella se haya ido del país durante ese periodo.

¿Qué pasó con el proceso de certificación? Nos retiramos del proceso de certificación, no porque no hubiésemos cumplido las metas -como ustedes ven, están todas cumplidas-, sino porque había un indicador inespecífico de proceso, que OPS y Unicef pedían de una aglomeración específica. El problema es que para nosotros, como país, no correspondía la forma en la que ellos solicitaban esa recopilación de datos; sin embargo, tanto los indicadores de resultados como los de procesos estaban sobre la meta umbral que solicitaba OPS.

En la lámina siguiente pueden ver la nomenclatura de las garantías GES. Para que entiendan de lo que se trata voy a dar algunos ejemplos.

¿Qué es una garantía cumplida? Voy a explicarlo específicamente en VIH, donde existen garantías por sospecha diagnóstica y por tratamiento, pero solo me voy a referir al tratamiento. Por ejemplo, si se cambia la terapia, un cambio precoz, tengo siete días desde que está la indicación médica para que se cambie la terapia. Entonces, si se cambia la terapia hoy y me entregan el medicamento mañana, eso es una garantía cumplida, porque se cumplió dentro del periodo determinado. En cambio, una garantía exceptuada, en el mismo caso, es cuando se indica un cambio de terapia hoy, pero hoy o mañana me voy del país por un mes, no se trata de que el Estado no haya querido o no haya podido entregar el medicamento, sino que es una causa externa del usuario que impidió su entrega, por lo que se puede exceptuar.

No es lo mismo exceptuar una garantía que eliminar una garantía. En GES no se eliminan las garantías, quiero que esto quede absolutamente claro. La excepción de garantía es cuando la garantía de oportunidad no se puede cumplir dentro del periodo determinado por razones específicas, pero quedan declaradas esas razones específicas.

Las garantías incumplidas atendidas suceden cuando me dieron la indicación, pero me entregaron el comprimido en el día ocho, porque recuerden que el plazo es siete días. En este caso se cumplió la actividad, pero no dentro del plazo, por lo que queda como garantía incumplida, pero atendida. En cambio, la garantía incumplida no atendida es aquella donde tengo la

indicación, pero no se me entregó la prestación por diversos motivos, por ejemplo, porque me fui del país o porque se trató de recaptar al usuario mediante los tres contactos efectivos, pero no fue posible. Eso queda sin hito, sin precedente; queda como una garantía incumplida no atendida.

La garantía retrasada es aquella que no registro en Sigges, porque todo esto va registrado en la plataforma Sigges, que es una plataforma electrónica que tiene las 80 patologías AUGÉ, que permite el monitoreo.

Cuando no tengo antecedentes de ellos digo que es una garantía retrasada, pero hay dos posibilidades. Primero, que la garantía se efectuó concretamente, pero que por un problema administrativo no se subió a la plataforma; segundo, la prestación propiamente tal no se realizó.

Tenemos un resumen de VIH acerca de la nomenclatura que hablamos al principio.

Durante el 2018 hubo 143.708 garantías GES, fueron cumplidas el 96.52 por ciento; exceptuadas, el 2.61 por ciento; incumplidas atendidas, el 0.78 por ciento; incumplidas no atendidas, 0.03 por ciento; retrasadas, el 0.06 por ciento. En promedio, el porcentaje de cumplimiento de la garantía GES en VIH fue de 99.91 por ciento.

La segunda columna la podemos comparar con un promedio de las 80 patologías GES, que el porcentaje de cumplimiento es de 99.62 por ciento.

Referente a la comunicación de resultados, porque ya dijimos que no basta con diagnosticar al usuario, este tiene que estar informado para que tenga vinculación con el centro asistencial para que acceda a la terapia antirretroviral y con terapia antirretroviral logre la indetectabilidad y así se consiga el 90-90-90.

Los usuarios que fueron diagnosticados en el sistema público durante el 2018 fueron 4.492 personas.

¿Cuántas fueron informadas de su condición serológica? El 92 por ciento.

¿Qué pasó con los restantes? ¿No se les informó? Se hicieron todas las estrategias necesarias.

Ahora tenemos el 5 por ciento que por límite de seguimiento se trató de buscar al usuario mediante estas tres estrategias que les comenté, el llamado telefónico, la visita domiciliaria o la carta certificada, y no se logró ubicarlo.

En ese sentido, no seguimos buscando al usuario hasta ese momento. Lo cerramos, y continuamente seguimos haciendo un seguimiento para no olvidarnos de él.

Por defunción hubo un 3 por ciento, a quienes no se logró entregar el resultado porque falleció antes de tener la confirmación del Instituto de Salud Pública.

Usuarios en proceso de ser informados, ninguno.

De los usuarios que estaban informados de su condición, ¿cuántos fueron vinculados a una institución sanitaria? El 90 por ciento.

Por esto, a pesar de que estamos con el 90 por ciento, lo que nos habla el segundo pilar, es importante seguir fortaleciendo esta estrategia. En esto recalco la importancia de la elaboración de un protocolo que nos permita hacer seguimiento a los usuarios ya en condición VIH para favorecer la adherencia.

Referente a la profilaxis preexposición al VIH. ¿Qué es la PrEP? Se ha hablado mucho de la PrEP. Es profilaxis preexposición. Es importante aclarar que no es un comprimido mágico, no es una panacea, forma parte de una estrategia combinada. Se entrega un comprimido que tiene dos principios activos, Tenofovir y [Emtricitabina](#), que la evidencia científica ha demostrado que disminuyen la posibilidad de transmitir VIH.

El tema es que no basta con la pastilla para que sea una estrategia propiamente tal, sino que tiene que ir asociada a otros factores, por ejemplo, favorecer el uso del preservativo, la educación al usuario que le permita hacer una gestión del riesgo propio.

Adicionalmente, va asociado a la inmunoprevención de otras enfermedades transmisibles como la Hepatitis A, la Hepatitis B y el virus Papiloma Humano, y el control seriado de otras infecciones de transmisión sexual para hacer la pesquisa oportuna y el tratamiento correcto.

El objetivo de la estrategia es contribuir a la reducción de nuevas infecciones de VIH en grupos de población clave mediante el acceso a PrEP en establecimientos públicos de salud como parte de la estrategia de prevención combinada.

Es importante aclarar que la PrEP, aquí o en ninguna otra parte, está pensada para su uso por el público en general, sino que es una estrategia para población focalizada, aquellos que tiene mayor riesgo de adquirir el VIH.

¿Cuáles son estos grupos que nos describe OPS? Son los hombres que tienen sexo con hombres, las personas trans, las personas que ejercen el trabajo sexual y las personas que tiene mayor riesgo de exposición al VIH.

Adicionalmente, tienen que ser mayores de 18 años; tienen que tener un test rápido de VIH no reactivo, porque si es reactivo se ingresa y se hace el seguimiento para completar el algoritmo de diagnóstico y se ingresa al control de usuarios VIH; ser pareja sexual de una persona con VIH, pero que esté con carga viral detectable, porque recuerden que un usuario con VIH con carga viral indetectable no transmite. Sin embargo, si la pareja tiene VIH y no toma la terapia o tiene mala adherencia, tiene carga viral detectable, por lo que existe la posibilidad de transmisión. En ese usuario está indicada la PrEP.

Además, cuando decíamos personas que tiene mayor riesgo de exposición al VIH nos referimos, por ejemplo, a personas que tienen actividad sexual sin preservativo, a personas con un historial que muestra repetición de infecciones de transmisión sexual o uso de drogas recreativas dentro del contexto de la actividad sexual.

Para su implementación dividimos el país en tres macrozonas: macrozona norte, macrozona central y macrozona sur. Se va a implementar en la macrozona norte, en el hospital de Antofagasta; en la macrozona central, en el hospital San Juan de Dios, en el hospital Barros Luco, en el hospital El Carmen, CRS Cordillera, hospital Padre Hurtado, hospital San José; en la macrozona sur, en el hospital de Puerto Montt y en el hospital de Temuco.

Es importante mencionar que esta estrategia forma parte del 2019, no del 2018; sin embargo, como es una estrategia innovadora se las contamos.

¿Cuáles son los desafíos futuros? Un trabajo conjunto interministerial. Es tremendamente importante que no solo esta mesa, sino que el país, entiendan que para tratar de disminuir el número de nuevos casos de VIH y de detener la epidemia del VIH, absolutamente todos los chilenos tenemos algo que aportar.

Si esperamos que solo el Ministerio de Educación realice actividades, estaremos muy alejados de lograr esta meta.

Adicionalmente, el aumento del acceso a preservativos.

Nunca dejaremos de fortalecer el acceso a los preservativos y a recalcar esto como método de prevención, y esto mediante la facilitación de la comercialización y de su accesibilidad con campañas comunicacionales permanentes durante todo el 2019, mediante la evaluación y la sistematización de las campañas extramuros; mediante el fortalecimiento y la aplicación de los test rápido, en APS y en modalidad extramuros; en fortalecer y profundizar el trabajo con la sociedad civil. Por ejemplo, esta actividad que estamos desarrollando de testeo en población clave creemos que es algo que se puede repetir porque, puede dar muy buenos frutos; avanzar en la educación, en el trabajo en conjunto con el Mineduc. A eso aprovechamos de sumar que el Presidente de la República anuncia la inclusión de la educación sexual desde quinto año de educación básica.

Muchas gracias.

La señora **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Por aplicación del reglamento en este último día de sesiones se levantará la sesión por haber transcurrido el tiempo programado, pero quienes deseen pueden formular preguntas a los representantes del ministerio.

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

-Se levantó la sesión a las 14.18 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 256² del reglamento de la Corporación.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 14:17 horas.



CLAUDIA RODRÍGUEZ ANDRADE
Abogada Secretaria de la Comisión

² 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 OGC015205.mp4>