

INFORME DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS ORGANISMOS PÚBLICOS COMPETENTES EN RELACIÓN A LA CRISIS QUE AFECTA A CHILE EN EL TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA DESDE EL AÑO 2010 HASTA EL AÑO 2018.

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión Especial Investigadora individualizada en el epígrafe, cumple con emitir su informe - según la competencia que le fuera asignada por acuerdo de la Cámara de Diputados -, planteando las conclusiones y recomendaciones que al final se consignan.

I.- COMPETENCIA DE LA COMISIÓN AL TENOR DEL ACUERDO DE LA CÁMARA QUE ORDENÓ SU CREACIÓN

A) Creación de la Comisión

Por oficio N° 14.489 de 15, de enero de 2019, de la Secretaría General se informó que la Cámara de Diputados, en sesión de la misma fecha y en virtud de lo dispuesto en los artículos 52, N° 1, letra c) de la Constitución Política de la República; 53 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, y 313 y siguientes del Reglamento de la Corporación, dio su aprobación a la solicitud de 65 señoras diputadas y señores diputados para que esta Comisión se constituyera en calidad de investigadora de la actuación del Ministerio de Salud y demás organismos públicos competentes en relación a la crisis que afecta a Chile en el tratamiento del VIH/SIDA desde el año 2010 hasta el año 2018.

Por otro lado, se indicó que debería rendir su informe en un plazo no superior a noventa días y para el desempeño de su cargo podría constituirse en cualquier lugar del territorio nacional.

B) Integración y Presidencia

Mediante oficio N° 14.528, de 6 de marzo de 2019, la Corporación acordó integrar la Comisión con las y los siguientes diputados:

Don Jaime Bellolio Avaria.
Don Ricardo Celis Araya.
Don Andrés Celis Montt.
Don Jorge Durán Espinoza.
Don Sergio Gahona Salazar.
Doña Marcela Hernando Pérez.
Don Marcos Ilabaca Cerda.
Doña Claudia Mix Jiménez.
Don Manuel Monsalve Benavides.
Doña Erika Olivera de la Fuente.
Doña Marisela Santibáñez Novoa.
Don Víctor Torres Jeldes.
Doña Virginia Troncoso Hellman.

Durante la sesión constitutiva de esta Comisión Especial Investigadora, celebrada el 12 de marzo de 2019, se eligió, por unanimidad, como Presidenta a la diputada señora Claudia Mix Jiménez.

Posteriormente por oficios N°s. 14.546 y 14.547, ambos de 13 de marzo de 2019, la Secretaría de la Cámara comunicó que los diputados señores Manuel Monsalve Benavides y Marcos Ilabaca Cerda serían reemplazados en forma permanente por los diputados señores Juan Luis Castro González y Patricio Rosas Barrientos, respectivamente.

II.- ANTECEDENTES GENERALES

A) Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus que infecta las células T del sistema inmune del ser humano, destruyendo o alterando su función. Tiene 2 etapas, la “portación asintomática”, la cual se caracteriza por un período de latencia clínica¹ y la etapa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA, en la cual se presentan infecciones oportunistas y neoplasias².

El SIDA se describió por primera vez en 1981. El nuevo retrovirus (VIH-1) se encontró en los tejidos de pacientes con SIDA en 1983 y la relación causal entre el VIH y el SIDA se estableció en 1984 (ISP; 2016).

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales³, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, así como también de madre al hijo (transmisión vertical) durante el embarazo, el parto y la lactancia (MINSAL; 2018).

En Chile, los procedimientos para la detección, diagnóstico e información de los resultados se encuentran normados por el Ministerio de Salud. Así son parte constitutiva de este sistema de vigilancia, los establecimientos de salud pública y privada, laboratorios de la red e Instituto de Salud Pública (ISP), Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI) y Ministerio de Salud (Departamento Epidemiología, Departamento de Estadísticas e Información en Salud).

A nivel central, la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es responsabilidad del Departamento de Epidemiología, dependiente de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública. Mientras que el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) es el encargado de administrar las bases de datos y poner la información a disposición de los usuarios.

El ISP como laboratorio de referencia nacional, debe confirmar los casos de VIH, información que envía a los laboratorios solicitantes mediante dos informes que corresponden al original, para ser entregado al paciente de acuerdo a la normativa y una copia para el laboratorio. Además debe enviar el listado de casos positivos al Departamento de Epidemiología del MINSAL, en forma mensual, resguardando la confidencialidad.

¹ Se puede tardar de 10-15 años para que una persona infectada por el VIH desarrolle el SIDA.

² El término SIDA se aplica a los estadios más avanzados de la “infección” por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con VIH.

³ Por exposición del virus a la mucosa oral, rectal o vaginal durante la actividad sexual.

La notificación de VIH/SIDA⁴ es obligatoria, universal y de periodicidad diaria (desde los establecimientos de salud, a la Autoridad Sanitaria Regional) y se realizará a través de:

- Boletín ENO (Enfermedades de Notificación Obligatoria).
- Formulario de Notificación de Caso de VIH/SIDA.
- Formulario de Notificación de Cambio de Etapa a SIDA.

La ley N° 19.779 establece que los resultados se entregarán en forma personal y reservada, mientras la Resolución Exenta N° 371, garantiza que recibirán consejería previa al examen y posterior a la entrega del resultado, tanto si su resultado es positivo como negativo.

B) Evolución del VIH/SIDA en Chile, según casos confirmados por ISP⁵

En Chile, la epidemia de VIH/SIDA se inició en 1984 con la detección de 6 casos, provenientes de las regiones de Valparaíso, Biobío y Metropolitana. Más recientemente, a las personas infectadas se suman 6.948 casos nuevos, según los diagnósticos confirmados el año 2018, lo que corresponde a más del doble de los casos notificados en el año 2010.

Según el sistema de vigilancia epidemiológica que lleva el MINSAL, desde el año 2010 tanto el número de casos como la tasa de notificados de VIH por año han ido en aumento en Chile, de 2.982 casos, lo que equivale a una tasa de 17,5 por 100.000 habitantes a 6.948 que equivale a 37,5 por 100.000 habitantes⁶.

En lo referente a la suma de nuevos casos diagnosticados es importante destacar que, de acuerdo a cifras estimadas por ONUSIDA, el notorio incremento de casos en Chile difiere con la tendencia más general a una cierta estabilización de la epidemia en la región y a una baja a nivel mundial.

En relación al sexo de las personas, en todo el periodo, la mayoría de los casos confirmados son hombres, llegando el año 2018 a 5.749 casos, lo que equivale a una tasa de **62,6 por 100.000 habitantes**. Mientras las mujeres registran 1.199 casos confirmados, **equivalente a una tasa de 12,8 por 100.000 habitantes**. Vale mencionar que la relación hombre/mujer ha disminuido en el periodo de 5,5:1 en el 2010 a 4,8:1 en el 2018⁷. En relación al tipo de exposición al virus, los datos acumulados en el país indican que la principal vía es la sexual: 97% equivale a relaciones homosexuales en los hombres y heterosexuales en las mujeres, manteniendo la tendencia que se dio en las dos décadas anteriores⁸.

De estos datos es dable concluir que Chile tiene una epidemia de VIH concentrada en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) según la

⁴ El artículo 6° del DS N° 158 establece que "Será obligación de todos los médicos cirujanos, que atienden enfermos en establecimientos asistenciales, sean públicos o privados en que se proporcione atención ambulatoria, notificar las enfermedades de declaración obligatoria en la forma que se establece en el presente reglamento".

⁵ Asesoría Técnica Parlamentaria: "Evolución de VIH/SIDA en Chile y países seleccionados de América Latina", abril 2019 y "Programas de VIH/SIDA: 2010-2018. Prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control", junio 2019.

⁶ Información entregada por el Ministro de Salud, en la presentación realizada ante la Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA, datos confirmados por el ISP en exposición en la misma Comisión el 10 de junio del 2019.

⁷ *Ibíd.*

⁸ Presentación de Johanna Acevedo, el 10 junio de 2019 ante la Comisión Investigadora VIH/SIDA.

caracterización de Organización Mundial de la Salud (OMS), y que no se ha ampliado a la población general. Siendo la prevalencia en este grupo de 20,21%, en mujeres trabajadoras sexuales 1,1% y en la población general 0,56% (hombres 0,80% y mujeres 0,32%)⁹.

Respecto de la edad, se confirma la tendencia marcada en las décadas anteriores, siendo el grupo etario más notificado las personas entre 20 y 39 años¹⁰. En este grupo, la tasa ha ido en aumento en el periodo analizado, llegando el 2018 el grupo etario de 20 a 24 años a una tasa de 88 por 100.000 habitantes, mientras el grupo de 25 a 29 años tenía una tasa de 109,5 por 100.000 habitantes, el grupo de 30 a 34 a una tasa de 86,8 por 100.000 habitantes y, finalmente, el grupo de 35 a 39 años una tasa de 69,2 por 100.000 habitantes¹¹.

La confirmación de casos no se da en forma homogénea en el territorio nacional, así al año 2018 Arica y Parinacota se erigieron como la región con la tasa más alta de confirmados 61,3 por 100.000 habitantes, lo que corresponde a 154 casos; seguida por Tarapacá, con una tasa de 51,0 por 100.000 habitantes (184 casos) y Antofagasta con una tasa de 48,2. Sin embargo, la región Metropolitana registrando el mayor número de casos confirmados (3.979) y una de las tasas más altas, 52,6¹².

Respecto a la nacionalidad, desde el año 2015, se ha empezado a marcar una tendencia en los casos confirmados de VIH/SIDA, la cual tiene que ver con una cierta estabilización de los casos de chilenos y un aumento progresivo de extranjeros. Mientras el año 2015 los notificados de nacionalidad chilena correspondían a 3.813 (88,5%) y los extranjeros eran 396 (9,2%), para el año 2018, 4.339 casos correspondían a chilenos (62,4%) y 2.580 casos a extranjeros (37,1%)¹³.

Situación VIH en población genera¹⁴

La tendencia al aumento de las confirmaciones entre el periodo 2010-2018, establece un aumento sostenido de los nuevos diagnósticos de VIH (confirmaciones del ISP), donde la tasa del año 2018 (37,5 por cien mil habs.) duplicó a la del año 2010 (17,5 casos por cien mil habs.). El mayor incremento puntual entre años, se produce en el periodo 2017-2018 que presenta un 18,3% de aumento. Según datos entregados por el Director Nacional del Fondo Nacional de Salud el año 2018, 37.467 personas accedieron por GES a alguna prestación relacionada con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de VIH.

El VIH en Chile afecta principalmente a los hombres, superando ampliamente en número de casos a las mujeres, tanto en etapa SIDA como VIH, siendo la vía sexual, el principal modo de transmisión con un 97% de los casos del año 2018, de los cuales un 61% tiene como práctica de riesgo a HSH.

⁹ Información entregada por Jaime Burrows Oyarzún, Exsubsecretario de Salud Pública 2014 – 2018, en la presentación ante Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA, el 17, de junio del 2019.

¹⁰ Información entregada por el Ministro de Salud, ob. cit.

¹¹ Presentación de Johanna Acevedo, ob. cit.

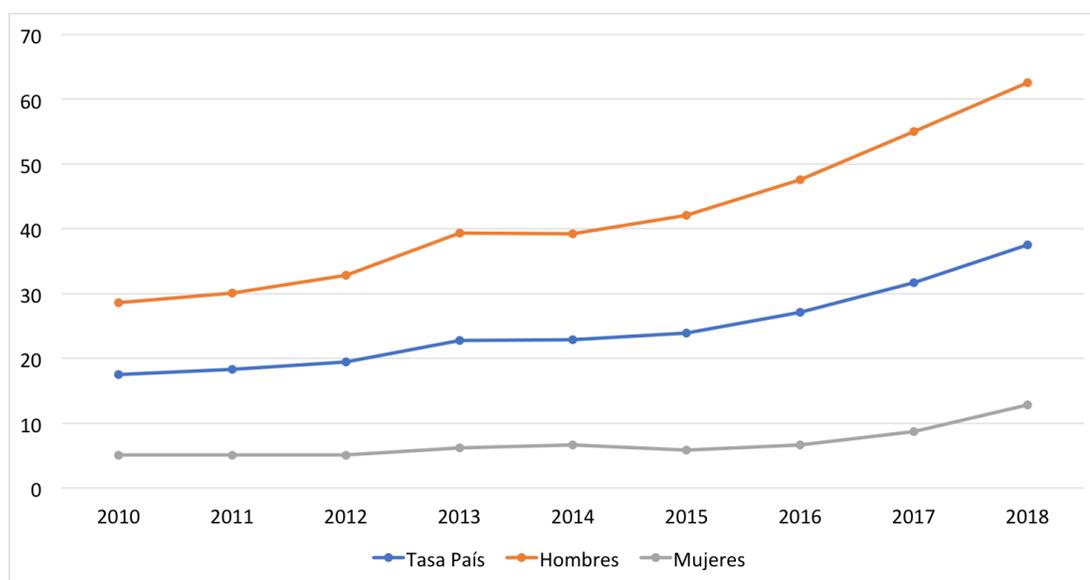
¹² *Ibíd.*

¹³ Para 29 casos (0,4%) no había información.

¹⁴ Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019, Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, págs. 34 a 38.

Con respecto al periodo 2010-2018, sobre el 82% de los nuevos diagnósticos confirmados por el ISP son hombres. En el gráfico se observa una curva ascendente de casos en hombre y mujeres, donde la tasa de hombres supera en 5 veces a la de mujeres el año 2018. Se destaca que el aumento porcentual de casos entre 2017 y 2018 fue superior en mujeres (46,2%) que en hombres (13,8%).

GRÁFICO: TASAS DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN SEXO Y TOTAL. CHILE 2010-2018



*Datos en validación. Tasa por cien mil hab. Información actualizada al 26/03/2019. Fuente: Formulario notificación de VIH/SIDA, Depto. Epidemiología, MINSAL.

Mientras que, en términos etarios, el principal grupo poblacional afectado es el que se encuentra entre los 20 y 39 años, tanto en hombres como en mujeres. Específicamente el grupo de 25 a 29 años muestra la tasa de los nuevos diagnósticos, más alta en el año 2018 (109,5 por cien mil habitantes).

Por su parte, el grupo de adolescentes de 15 a 19 años presentó tasas estables hasta el año 2015 (13,3 por cien mil habitantes), sin embargo, hubo un sostenido aumento desde el año 2016 (17,7 por cien mil habitantes), 2017 (19,0 por cien mil habitantes) y 2018 (18,6 por cien mil habitantes), mostrando un aumento de 5,3 puntos porcentuales en relación al año 2015.

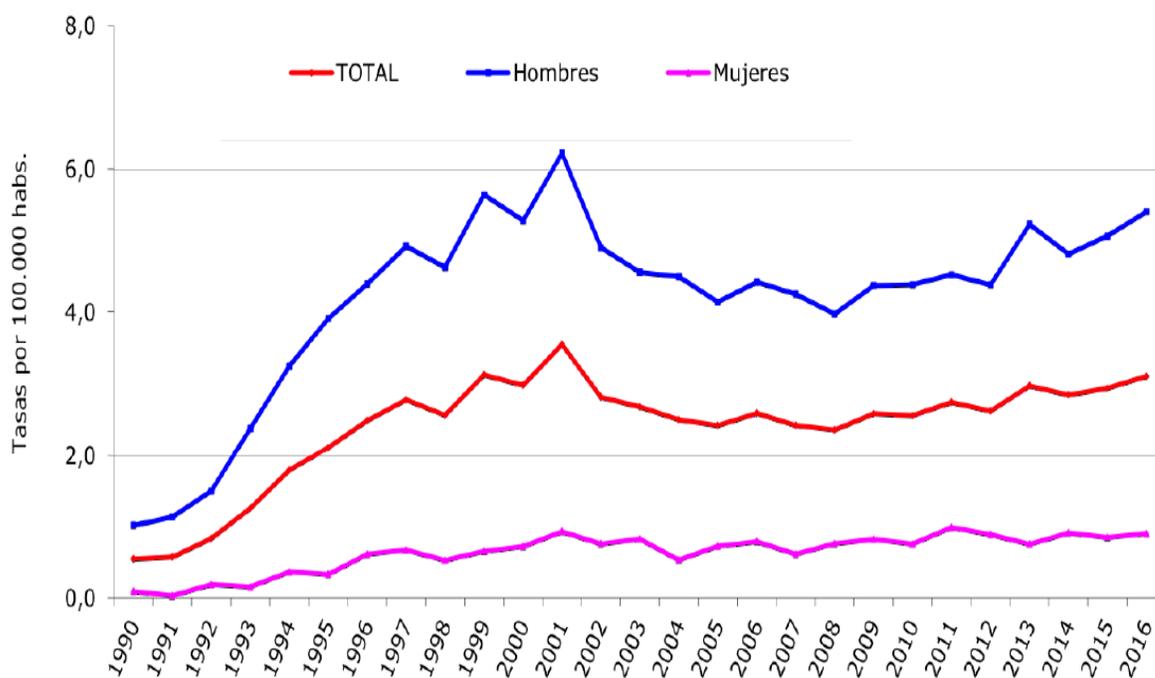
Mortalidad por SIDA en Chile 1990-2016¹⁵

En Chile, a partir del año 1990, se registraron las primeras defunciones a causa del SIDA, y entre los años 1990 y 2016 se produjeron un total de 10.416 muertes por esta causa, de las cuales un 86% correspondieron a hombres. La tasa de mortalidad experimentó un aumento progresivo hasta el año 2001, cuando se observó la más alta del período (3,6 por 100.000 habitantes); sin embargo, en el quinquenio 2003 – 2007, la mortalidad mostró un descenso sostenido, alcanzando el año 2007 a 2,4 muertes por 100.000 habitantes. De ahí se mantuvo fluctuante hasta el año 2012, alcanzando el año 2013 a 3,0 por 100.000 habitantes, para luego bajar a 2,8 el año 2014, y a continuación subir a 2,9 el siguiente año, igual que en el año 2016, en que se elevó a 3,0 por 100.000 habitantes¹⁶.

¹⁵ Plan Nacional de Prevención y Control Del VIH/SIDA e ITS 2018-2019, ob. cit., pág. 38.

¹⁶ Presentación de la señora Johanna Acevedo ob. cit.

GRÁFICO. TASA DE MORTALIDAD POR VIH/SIDA. CHILE. 1990-2016.
*TASA POR 100.000 HABITANTES.



Fuente: DEIS MINSAL

C) Marco Regulatorio

La atención de salud de las personas con VIH/SIDA o que cursan una ITS se enmarca principalmente en lo establecido por el Código Sanitario, en el reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual, en la ley N° 19.779 conocida como Ley del SIDA y la ley N° 19.966, llamada Ley GES, entre otras regulaciones.

A continuación, se resumen los aspectos más relevantes vinculados a la atención:

El **Código Sanitario**, aprobado por el decreto con fuerza de ley N° 725 de 1967, en su párrafo ii del título ii del libro I, nominado de las Enfermedades Venéreas, señala:

“Art. 38. El Servicio Nacional de Salud (hoy Ministerio de Salud y la red asistencial del Sistema Público de Salud) tendrá a su cargo la lucha contra las enfermedades venéreas y procurará evitar su propagación por todos los medios educacionales, preventivos o de otro orden que estime necesarios”.

El **reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual**, aprobado por el decreto N° 206 de 2005 del Ministerio de Salud, establece:

“Art. 7. La atención que presten los Servicios de Salud en sus establecimientos respecto de las infecciones de transmisión sexual será totalmente gratuita, comprendiéndose en ella el diagnóstico, tratamiento y control, los exámenes de laboratorio clínico y demás necesarios.

Art. 8. Cada Servicio de Salud deberá disponer, al menos en uno de los establecimientos que conforman su red asistencial, de una dependencia especializada en infecciones de transmisión sexual. En aquellos establecimientos en

que no haya un centro de salud especializado en dichas patologías deberán existir los mecanismos y procedimientos que permitan la atención y tratamiento oportuno de las mismas, incluyendo la derivación en caso necesario.

Art. 9. Los Servicios de Salud deberán disponer, en los establecimientos necesarios para permitir el fácil acceso a las personas de su área de competencia, de horas para la atención de salud sexual de personas con conductas de riesgo, entre las que se incluyen las que declaran voluntariamente el ejercicio del comercio sexual. Dicha atención deberá realizarse de acuerdo a las disposiciones del presente reglamento y de las normas técnicas vigentes para tal efecto.

La asistencia a control de salud sexual será voluntaria y estará sujeta a la confidencialidad establecida en el presente reglamento.

Art. 10. El establecimiento de salud que brinde atención de salud sexual a trabajadores (as) sexuales, deberá llevar una estadística sanitaria del número de personas en control de manera periódica. Los datos sobre el número de personas registradas y atendidas deberán ser entregados al Servicio de Salud respectivo, organismo que los remitirá al Ministerio de Salud en una fecha preestablecida, para la confección anual de un consolidado de los asistentes regulares a control, deserciones y traslados, que permita la planificación y adopción de medidas sanitarias acordes a esa realidad”.

La **ley N° 19.779** que Establece normas relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas, además señala los deberes del Estado en materia de VIH y SIDA y los derechos de las personas afectadas. Así mismo establece la confidencialidad y la voluntariedad del examen de VIH, la firma del consentimiento informado, la entrega de información previa a la toma del examen y la entrega de resultados de manera reservada por personal capacitado, entre otras disposiciones.

La **ley N° 19.966** que Establece un Régimen de Garantías en Salud contempla acciones en materia de prevención y en materia de tratamiento

a. Examen de Medicina Preventiva: Es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, tanto para quien la padece como para su familia y la sociedad.

Para el VIH, contempla el examen de detección en gestantes al ingreso a su control prenatal y un segundo examen en aquellas mujeres con mayor riesgo de exposición. En sífilis, contempla el examen de detección para todas las gestantes en tres momentos del embarazo: al ingreso a control prenatal, a las 24 semanas y entre las 32-34 semanas, además, incluye el examen de detección de sífilis en todas las personas de 15 y más años.

b. GES Tratamiento: Garantiza el acceso al diagnóstico de VIH, atención, tratamiento antirretroviral, exámenes de monitoreo tales como carga viral, CD4 y genotipificación o resistencia a antirretrovirales (ARV) y exámenes de seguimiento de las personas y el protocolo completo para la prevención de la transmisión vertical. Esta garantía incluye antirretrovirales durante el embarazo, durante el parto y al recién nacido, así como medicamentos para interrupción de lactancia y sucedáneo de leche materna hasta los 5 meses, 29 días.

D) Políticas de prevención y control del VIH/SIDA en Chile¹⁷

El VIH/SIDA fue asumido como enfermedad en el sistema de salud pública desde 1984 con la promulgación del Decreto N° 294, que modifica el N° 362 que aprobó el Reglamento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y que incorpora en el artículo 2 “el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)”.

A partir del año 1987, se implementó en Chile el testeo obligatorio del 100% de la sangre que se utiliza en diferentes procedimientos médicos en el país y en los bancos de sangre (MINSAL, 1995). Además, se efectúa serología para la detección del VIH para todos los donantes.

En el año 1990 el Estado de CHILE, asigna al Ministerio de Salud la dirección y orientación técnica de las políticas públicas destinadas a la prevención y control del VIH/SIDA, creando, la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), responsable de la elaboración y coordinación ejecutiva del Programa de Prevención y Control del SIDA y desde 1997 también de las Infecciones de transmisión Sexual (ITS).

En 1991, el Ministerio de Salud de Chile, a través de la CONADI realizó la primera campaña de comunicación social cuyo lema fue “Yo estoy afectado (a) por el SIDA”, dirigida a la población general, que buscaba sensibilizar, informar para no discriminar y prevenir. Hasta 2018 se han desarrollado 18 campañas de comunicación social desde el Ministerio de Salud con distintos slogans, lo que en su mayoría apuntan a la prevención de la transmisión del VIH/SIDA por vía sexual.

En 1997 el Ministerio de Salud crea un servicio telefónico, conocido como FONOSIDA, con el propósito de ofrecer al público general un espacio para resolver dudas sobre VIH/SIDA de forma confidencial y gratuita (Muñoz, 2012).

Desde el año 2000 se implementa en las regiones del país la Respuesta Regional Integrada en Promoción de la Salud Sexual, Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS orientada a la descentralización de las políticas en VIH/SIDA e ITS, con el propósito de plasmar en ella, la pertinencia cultural y realidad regional y local. Esta labor le corresponde a las SEREMIAS de Salud.

En 2001 se publica de la ley N° 19.779 que hace referencia principalmente a la confidencialidad que debe rodear al examen y a las medidas para evitar la discriminación hacia las personas que viven con VIH.

En el año 2003 se firma el convenio entre el Estado de Chile y el Fondo Mundial para la Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria con el objetivo de “acelerar y profundizar en la respuesta nacional, intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia del VIH/SIDA en Chile”, que permite que se cubra en 100% la triterapia que requieren los pacientes afectados con SIDA atendidos en el sistema público de salud, incorporándose, además, apoyo relativo al autocuidado en la prevención. El proyecto Fondo Global en Chile finalizó en el año 2008 y de acuerdo

¹⁷ Avendaño Jiménez, M. (2017). Análisis policy frames de la política pública de prevención y control del VIH/SIDA en Chile. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145191>.

a lo señalado por el Director Ejecutivo de CONASIDA de la época, Chile había alcanzado un mayor estándar a nivel internacional.

Uno de los principales hitos del VIH/SIDA en Chile, es la inclusión de éste entre los problemas de salud establecidos en el Régimen de Garantías Explicitas en Salud de 2004 (Plan AUGE) que entró en vigencia en el año 2005, estas garantías son relativas a la toma de exámenes, tratamiento antirretroviral y a la protección financiera.

A contar del año 2004 se establece el VIH/SIDA como enfermedad de notificación obligatoria diaria. El médico o director del establecimiento de salud tiene el rol de notificar una vez confirmado el diagnóstico, por medio del respectivo establecimiento asistencial, enviándose el formulario correspondiente, el mismo día de la confirmación a la autoridad sanitaria competente, SEREMIS, desde donde se remitirá al Ministerio de Salud (MINSAL, 2004).

En el caso de la prevención de la transmisión vertical del VIH (de la madre al hijo o hija durante el embarazo, el parto o lactancia) se ha establecido mediante el Decreto N° 45/11, del MINSAL, que modificó al Decreto N° 182, de 2005, que el examen se efectuará siempre en el control prenatal de mujeres embarazadas, de manera de iniciar un tratamiento precoz que aminore el riesgo de transmisión. En 2005 el Ministerio de Salud da a conocer la Norma Técnica N° 81, referente a la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y en 2012 pone a disposición la Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis, que alberga una serie de procedimientos que deben seguirse para evitar la transmisión vertical.

El año 2005 CONASIDA fue reestructurada convirtiéndose en el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud. Este Programa tiene como objeto desarrollar política pública de promoción de la salud sexual, prevención y atención integral del VIH/SIDA e ITS con el propósito, por una lado, de disminuir la transmisión del VIH e ITS a través de estrategias efectivas de promoción de la salud sexual y prevención, y por otro, disminuir la morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA e ITS, facilitando el acceso oportuno a diagnóstico, control y tratamiento. En el año 2006 se agrega a estas garantías, el tratamiento antirretroviral en embarazadas con VIH en la prevención de la transmisión vertical. El 2009 se establece la Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) para el período 2011-2020, acorde a recomendaciones y compromisos internacionales y nacionales.

En el año 2011 se elaboran la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis y el Plan Estratégico Nacional de Respuesta Multisectorial al VIH/SIDA e ITS, 2012-2016.

En el año 2012 se crea y difunde el Protocolo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres que Viven con VIH. Si bien la principal vía de transmisión en Chile es la sexual (MINSAL, 2013) y las campañas de comunicación social apuntan principalmente a la prevención de la transmisión del VIH/SIDA por esta vía, también se han realizado acciones para la prevención de la transmisión del VIH por vía sanguínea y la transmisión vertical. En el año 2014 se incluye la vacuna Hepatitis B en personas que viven con VIH y trabajadoras/es sexuales, en normativa ministerial.

A partir del año 2017, se inicia la implementación de un piloto de test rápido para incrementar el acceso a la detección y diagnóstico y también se publica el Protocolo para la Información, apoyo, manejo y seguimiento de los adolescentes de edad igual o superior a 14 y menores de 18 años en la detección del VIH.

Durante el año 2018, se implementa el test rápido en toda la red de Atención primaria del país y se realiza una campaña para promover su realización particularmente en población adolescente y joven y en el extra muro. También se elabora, difunde e implementa el Plan de Acción en VIH/SIDA e ITS 2018-2019, producto de trabajo participativo con otros sectores gubernamentales, sociedades científicas y académicas, organizaciones sociales y equipos de salud del sector público.

Convenios en VIH/SIDA entre Ministerio de Salud e intersector gubernamental

AÑO	CONVENIO	MINISTERIO SERVICIO
2011	Decreto Exento N° 725, aprueba Convenio Marco de Cooperación para la Prevención y Atención de Personas Privadas de Libertad que viven con VIH/SIDA o que cursan una ITS, el cual actualiza Convenio Marco de Cooperación entre Gendarmería de Chile y Ministerio de Salud para la Prevención del VIH/SIDA y la Atención de VIH y ETS de internos en recintos penales y sus familiares.	Gendarmería de Chile
2013	Decreto Exento N° 314 aprueba Convenio celebrado entre el Ministerio de Salud y la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena para la Promoción de la Salud Sexual, la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, y la no discriminación en poblaciones vulnerables a la epidemia del VIH/SIDA.	CONADI
2013	Decreto Exento N° 142, aprueba Convenio el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de la Mujer, se comprometen a la Promoción de la Salud Sexual, la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, en un contexto de no discriminación.	SERNAMEG
2013	Decreto. Exento N° 1114 aprueba Convenio de colaboración entre el Servicio Nacional de Menores y el Ministerio de Salud, para la Promoción de la Salud Sexual, la Prevención y Control del VIH/SIDA y las infecciones de Transmisión Sexual en un contexto de no discriminación.	SENAME
2013	Decreto Exento N° 1165 del 19 de Noviembre, aprueba convenio entre el Ministerio de Transporte y el Ministerio de Salud para Promoción de la Salud Sexual, la Prevención y Control del VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual en un contexto de no discriminación.	Ministerio de Transporte
2013	Decreto Exento N° 871, aprueba Convenio de colaboración para la Promoción de la Salud Sexual, la Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS en un contexto de no discriminación.	Ministerio de Defensa
2014	Decreto Exento N° 67 del 24 de enero de 2014, aprueba Convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud e Instituto Nacional de la Juventud para la Promoción de la Salud Sexual, la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS, en un contexto de no discriminación.	INJUV
2014	Decreto Exento N° 38, aprueba Convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y la Asociación de Municipios de Chile para la Promoción de la Salud Sexual, la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS, en un contexto de no discriminación.	AMUCH
2016	Decreto Exento N° 123 actualiza y otorga carácter de renovación automática del convenio.	Gendarmería de Chile
2018	Decreto Exento N° 105, aprueba Convenio de colaboración entre para la Promoción de la Salud Sexual, la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS, en un contexto de no discriminación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura.	Ministerio de Agricultura
2018	Decreto Exento N° 143 del 20 diciembre, aprueba convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y la División de Organizaciones Sociales en relación a la Promoción de la Salud Sexual, la Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, y la no discriminación a las poblaciones vulnerables a VIH/SIDA.	DOS
2018	Decreto Exento N° 130, aprueba Convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y el Consorcio de Universidades estatales de Chile, para la Promoción de la Salud Sexual, la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS, en un contexto de no discriminación.	CUECH

E) Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS¹⁸

Respeto del programa articulado entre los años 2012-2016 / 2016-2018 no se encuentra disponible información consolidada¹⁹ sobre sus componentes, de los programas asociados, ni de las poblaciones consideradas, tampoco hay información de los logros obtenidos, ni del grado de cumplimiento. Esta falta de información fue relatada por algunos de los invitados a la Comisión. En su exposición, el señor Marco Becerra Silva, Director de Gestión Pública de Acción Gay, va un poco más allá, señalando la ausencia de un Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH.

1) Ejes estratégicos

Según el informe CHILE GARPR-AU 2014, los ejes que se desarrollan en el Plan Estratégico para el período 2012-2016, eran:

- Promoción y prevención del VIH e ITS.
- Atención Integral del VIH/SIDA e ITS.
- Calidad de vida, estigma y discriminación.
- Vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación e investigación.

Sin embargo, en una presentación del MINSAL sobre el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA /ITS²⁰, el Plan Estratégico para el período 2012-2016 difiere un poco del presentado en el Informe CHILE GARPR-AU 2014, si bien este también cuenta con 4 ejes, el de calidad de vida, estigma y discriminación no fue considerado y fue anexado la no discriminación al primer eje:

- Promoción del sexo seguro y prevención de VIH/SIDA e ITS y la no discriminación.
- Atención Integral del VIH/SIDA e ITS.
- Vigilancia epidemiológica, Sistemas de información e investigación.
- Planificación, monitoreo y evaluación.

Por otra parte, en la presentación del Ministro de Salud en la Comisión, se señaló que el Plan Nacional del VIH/SIDA tendría los siguientes objetivos específicos:

- Promover la salud sexual, intersectorialidad y participación social.
- Prevenir el VIH e ITS a través del uso de preservativos.
- Promover la prevención secundaria a través del PrEP y el PeP en poblaciones claves.
- Aumentar la cobertura de exámenes de pesquisa de VIH e ITS para la población, facilitando el acceso a diagnóstico precoz.
- Garantizar los ARV y la atención integral de calidad en materia de VIH/SIDA e ITS.
- Promover líneas de acción orientadas a la disminución del estigma y discriminación asociada al VIH/SIDA.
- Fortalecer la información estadística, la vigilancia epidemiológica y la investigación en VIH/SIDA e ITS.
- Disponer de indicadores de monitoreo y evaluación para las diversas áreas de intervención.

¹⁸ Extractado del trabajo entregado a la Comisión por el Departamento de Asesoría Técnica Parlamentaria de la BCN, denominado "Programas de VIH/SIDA: 2010-2018. Prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control", junio 2019.

¹⁹ Consultadas las páginas del Ministerio y contacto telefónico con el Ministerio, donde se informa que no está disponible la información pero que se puede solicitar por consulta ciudadana o vía transparencia.

²⁰ Disponible en las páginas web del Centro Regional de Información y apoyo para la Prevención Social de VIH/SIDA.

2) Evaluación del Programa

Según dan cuenta las Directrices Estrategia Regional para Avanzar en Prevención Combinada del VIH y Abordaje de otras Infecciones de Transmisión Sexual, "(...) la Estrategia Nacional de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, constituye un camino para el desarrollo de la política, a través de la implementación de los objetivos del Programa Nacional; sus acciones se orientan a la disminución de la transmisión del VIH/SIDA, las ITS, inclusión y no discriminación, fortaleciendo la capacidad de gestión de riesgo de las personas y aportando en la disminución de su vulnerabilidad".

La Estrategia Nacional en el área de Prevención considera 4 niveles de intervención que se complementan y potencian en su accionar y que están dirigidos de manera global a facilitar procesos progresivos de cambio en los comportamientos, actitudes y conocimientos de las personas, grupos y sociedad, para generar en la población conductas seguras en el ejercicio de la sexualidad.

- A nivel individual, el objetivo es el apoyo personalizado a la gestión del riesgo individual y la entrega de información y orientación personalizada, a través de la consejería preventiva, directa y telefónica.
- A nivel grupal-comunitario, los objetivos son socializar aprendizajes de prevención entre pares, y promover ambientes sociales que valoren la prevención, incluyen proyectos de prevención focalizados en poblaciones de mayor vulnerabilidad y proyectos comunitarios y comunicacionales dirigidos a población general.
- A nivel masivo/comunicacional, se busca mantener la alerta social y la percepción de riesgo de la población, a través de campañas y estrategias comunicacionales.
- A nivel intersectorial e institucional, el objetivo es sensibilizar y articular áreas de colaboración entre distintos organismos de gobierno en función de potenciar y ampliar el trabajo en la temática del VIH/SIDA y las ITS.

La Estrategia Nacional en el área de atención cuenta en el Sistema de Salud Pública con Centros de Atención a Personas que viven con VIH (adultos y niños) en los Servicios de Salud. En cada uno de esos centros existe un equipo interdisciplinario encargado de la recepción, diagnóstico, tratamiento y continua atención de los consultantes, prestaciones que son gratuitas para todos los beneficiarios de FONASA, que utilizan la red pública de atención.

La estrategia de atención considera:

- Elaboración, actualización y difusión de Guías Clínicas, Protocolos y Normas para la atención de personas que viven con VIH/SIDA, incluyendo el acceso al diagnóstico.
- Promoción del examen para el diagnóstico de VIH, como parte de la prevención secundaria.
- Promoción de la atención en salud a personas con VIH/SIDA por equipos profesionales multidisciplinarios en los Centros de Atención de Personas que Viven con VIH/SIDA, dependientes de los Servicios de Salud Pública.
- Promoción de la atención oportuna de las personas con ITS o que ejercen el comercio sexual.
- Provisión de tratamientos antirretrovirales y tratamiento de infecciones oportunistas, según protocolos actualizados, y tratamiento de reacciones adversas provocadas por ARV.

- Provisión de técnicas diagnósticas y tratamientos para personas que cursan una ITS o ejercen el comercio sexual según normativas y protocolos actualizados.
- Prevención de la transmisión vertical (de madre a hijo/a) del VIH.
- Promoción de consejería de apoyo al autocuidado, adherencia a tratamientos antirretrovirales y prevención secundaria.
- Promoción del apoyo psicosocial y no discriminación a las personas que viven con VIH/SIDA.
- Capacitación periódica a los equipos de salud.

A modo de generar concordancia con los otros dos informes, para analizar el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA /ITS que se ha llevado a cabo en el periodo 2010-2018, se siguió el formato de evaluación de la DIPRES (el que incluye la mayoría de los niveles que abarca la Estrategia Nacional).

Componente 1. Promoción del sexo seguro y prevención

Según sostuvo Valeria Stuardo, profesora asistente del Programa de Epidemiología, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, en la Comisión Investigadora no existen políticas intersectoriales coordinadas de prevención primaria y secundaria efectivas en el periodo, donde se consideren dimensiones como el género, interculturalidad, edad, entre otros. Tampoco se habría considerado el hecho de que el VIH/SIDA se encuentra concentrada en poblaciones claves, las que presentan dificultades de acceso a las estrategias de prevención y a los Servicios de Salud disponibles²¹. Por su parte Carlos Beltrán, infectólogo, mencionó que la inversión en tratamiento en Chile era muy alta, mientras que en prevención no llega al 3,5% del presupuesto, cuando la OMS propone 15 o 20% del presupuesto destinado a VIH²².

Subcomponente 1.1. Campañas de comunicación social educativa

Tienen el objetivo de mantener la alerta social y la percepción de riesgo. Desde el año 2010 al 2018 se llevaron a cabo 8 campañas de comunicación, ejecutadas por 5 empresas que se repiten a través de los años²³.

En términos cuantitativos, en las evaluaciones realizadas a algunas de las campañas, los resultados muestran que estas fueron vistas por menos del 50% de los encuestados y no generaron impacto en cuanto a conversaciones. Esto da cuenta de que su promoción no fue tan adecuada.

En términos metodológicos, un estudio realizado por Macarena Peña y Lillo²⁴, académica de la Escuela de Periodismo de la Universidad Diego Portales, que revisó la planificación y diseño de siete programas comunicacionales, emitidos entre 2009 y 2017 en el país, da cuenta que en las metas establecidas por el Ministerio de Salud se encontraron falencias. Según la académica "(...) los objetivos deben ser explicitados, ser medibles y alcanzables, específicos y centrados en la conducta de

²¹ Presentación del Movimiento de Diversidad Sexual (MUMS), el 1 de abril del 2019 en la Comisión Especial Investigadora de VIH/SIDA.

²² Presentación en la Comisión Especial Investigadora de VIH/SIDA, el 21 de junio del 2019.

²³ Fundación Savia. Test políticos a las campañas de VIH/SIDA. Disponible en <http://www.fundacionsavia.cl/noticias/485#.WtCq84jwayJ>

²⁴ Estudio detecta "severas deficiencias" en diseño de campañas de VIH. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/estudio-detecta-severas-deficiencias-diseno-campanas-vih/436938/>

las personas”. Tras el análisis de los documentos, a los que tuvo acceso mediante Ley de Transparencia, se determinó que dichos puntos no estaban clarificados o no se establecía la forma en cómo se iban a desarrollar”. “En ese diseño no había objetivos claros en materia de comportamientos, es decir, qué deberían hacer las personas. En ninguna de las campañas se cumplieron los parámetros. Todas son deficitarias”. A juicio de la investigadora, eso impide evaluar algún impacto. “La planificación de las campañas debe generar un indicador como, por ejemplo, que en seis meses aumente la cantidad de personas de algún segmento que se realice el examen. Eso no existe en los diseños”.

En su opinión las campañas de la Cartera abordan múltiples aspectos a la vez, lo que no se considera adecuado. Esto habría ocurrido, por ejemplo, en el diseño de las piezas de 2017, donde los objetivos fueron “generar cambios ante la indiferencia que existe por la prevención y al desconocimiento de las formas de transmisión del VIH en la “población de mayor riesgo””. Sin embargo, en el spot “VIH/SIDA más lo ignoramos, más fuerte se hace. Protégete, siempre usa condón y hazte el examen”, según Peña y Lillo se muestra que “no hay un foco, sino que tres. Luego, en 2015, por ejemplo, solo se centraron en el uso de condón”.

A juicio de la investigadora, “(...) las severas deficiencias en el diseño de las campañas influye en que estas no tengan el efecto esperado”. Añade que la “evidencia internacional indica que en la medida en que las campañas masivas en materia de salud pública sean adecuadamente diseñadas e implementadas “(...) pueden tener efectos conductuales pequeños, pero masivos, en torno a un 5%”.

El estudio concluye: “Las campañas de prevención del VIH en Chile entre los años 2009 y 2017 se caracterizan por ser insuficientemente específicas en la definición de objetivos y audiencias, lo que se asocia con mensajes genéricos, con poca profundidad y estrategias de diseminación demasiado amplias para los recursos limitados con los que se cuenta. No se sustentan en evaluación formativa ni contemplan instancias de participación ciudadana”.

El diagnóstico también es compartido por las organizaciones de pacientes. Michael Díaz de la Fundación Sida Maule, afirmó que “(...) las campañas de prevención de VIH implementadas en los últimos 10 años no han sido efectivas ni han tenido impacto. Los mensajes que se entregan son difusos, contradictorios y no reflejan la realidad del país”²⁵.

En términos cualitativos, respecto de las campañas evaluadas, la mayoría el público consultado hace una valoración negativa de la efectividad de la campaña. En particular se dice que es machista en la forma en que refleja la sexualidad femenina, discriminadora respecto de la sexualidad homosexual e invisibiliza a las lesbianas y a la población trans.

Los mensajes preventivos que aparecen en la campaña son confusos y contradictorios; no se profundiza en sus contenidos y quedan lanzados como ideas vagas. En particular, en las campañas del 2011, 2012 y 2013, el enfoque no es preventivo, ya que al promover someterse al examen, solo se pesquiza a la persona que ya tiene el virus. De hecho, en las campañas elaboradas por la agencia McCann Erickson, el contrato señalaba “La prevención es un tema importante, pero secundario. Lo que se busca es la detección oportuna”.

²⁵ Ibid.

Finalmente, las campañas no estuvieron exentas de polémica, ya que varias fueron criticadas, pues fueron planificadas y realizadas sin consulta a organizaciones comunitarias, ni con otros Ministerios, violando el artículo N° 2 de la ley N° 19.779, de 2001, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana.

Subcomponente 1.2. Proyectos de prevención del nivel grupal-comunitario

Si bien el Informe CHILE GARPR-AU 2014 se menciona que un actor relevante de la respuesta nacional era la sociedad civil organizada, existiendo diversas organizaciones vinculadas a la población de HSH, trabajadoras sexuales, población trans, pueblos originarios y personas viviendo con VIH/SIDA, entre otras. Según refieren las mismas organizaciones comunitarias fueron excluidas del programa²⁶. Según Alberto Farías, cientista político y fundador de la Plataforma PrEPárate, “desde que ocurrió el fraude en el 2008 con el Consejo de las Américas, el Fondo Global que invirtió un proyecto de 38 millones de dólares en el periodo 2003-2008, las ONGs que trabajan en salud sexual no han recibido financiamiento permanente que les permita trabajar como parte de la respuesta integral en salud sexual en Chile”²⁷.

Vale considerar que la Estrategia Nacional de Salud, establecida a partir del año 2010 para el período 2011-2020, definió cuatro objetivos sanitarios de los cuales se desprenden nueve objetivos estratégicos, entre los que se encuentran dos vinculados al VIH/SIDA, con sus respectivos ejes estratégicos y resultados esperados. Ambos directamente relacionados con el Plan Nacional de VIH. Uno de ellos, reducir la mortalidad por sida. El segundo objetivo corresponde al eje estratégico 3: conducta sexual; cuya meta consiste en aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes, a través del incremento del uso del preservativo en adolescentes sexualmente activos.

Para este eje, la meta propuesta es aumentar en 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente, llegando a 37,2% en el 2015 y a 42% en el 2020. Para esto, según “la matriz de cuidados subsecretaria a lo largo del curso de la vida” de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, durante el año 2018 se realizaron talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva en adolescente de 10 a 19 años, así como también consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención del VIH/SIDA e ITS, y consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones.

Subcomponente 1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA)

Según el informe de la DIPRES del periodo 2000 - 2010, las consejerías cara a cara presentan cobertura insatisfactorias. Para el periodo 2010-2018, según datos del DEIS, la consejería para la promoción del autocuidado en salud sexual y prevención del VIH y las ITS, han ido aumentando progresivamente de 478.877 en el año 2010, a 889.790²⁸ el año 2018, sin embargo, el dato no entrega información de la cobertura real de las consejerías. Por su parte la señora. Manuela Morales, de la

²⁶ Presentación del señor Marco Becerra, Director de Acción Gay, el 10 de junio del 2019, ante la Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA.

²⁷ Presentación de don Alberto Farías, cientista político, Fundador de la Plataforma PrEPárate, en la sesión del día 13 de mayo de 2019, ante la Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA.

²⁸ Dato preliminar DEIS, entregado en la exposición ante la Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA, por Anita Román Morra, Presidenta Colegio de Matronas y Matrones de Chile, el 22 de abril de 2019.

ONG LEASUR ante la Comisión Investigadora mencionó que en población intramuros no se respeta el principio de confidencialidad establecido en la ley. Según estudios llevados a cabo por la Fundación Salvia el año 2012, el 25,8% de las personas que está en situación de cárcel, dice que no se respeta el principio de confidencialidad en salud y que el 22,8% de los internos con VIH, no se le entrega información adecuada ni su diagnóstico. Respecto del FONOSIDA, que en el periodo anterior fue evaluado como un servicio satisfactorio, en el informe de la DIPRES en este periodo da cuenta de que a pesar de que las llamadas efectivas atendidas aumentaron de 7.358 en el año 2010 a 18.056 el 2018²⁹ el número de llamadas “pitanzas” desde el año 2015 corresponden a más de un tercio de las llamadas efectivas atendidas.

Subcomponente 1.4. Prevención Combinada

En el marco del “Llamado a la acción Segundo Foro LAC”, para “Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención” (Rio de Janeiro 2015) se torna fundamental desarrollar una política integrada de prevención combinada, en conjunto con la reducción del estigma y discriminación como componentes esenciales para fortalecer lo ya acordado en la región sobre el continuo de la prevención y la atención³⁰. Otro aspecto fundamental que reforzaría la tesis de la prevención combinada son los montos asociados de la estrategia del VIH/SIDA, por lo que la señora Valeria Stuardo realzó en su presentación que, en términos económicos, es preciso intensificar la prevención del VIH para que su tratamiento resulte financieramente accesible y sostenible³¹.

En las Directrices de la Estrategia Regional para Avanzar en Prevención Combinada del VIH y Abordaje de otras Infecciones de Transmisión Sexual, desarrollada el año 2017 por el Ministerio de Salud, se da cuenta de que la estrategia de prevención combinada puede incluir actividades de educación, información, comunicación; distribución sistemática de condones, lubricantes; estrategias de reducción de daño; diagnóstico y tratamiento de las ITS; promoción y oferta de examen VIH; profilaxis post-exposición; profilaxis pre-exposición y acceso a tratamiento en las personas con VIH/SIDA, prevención, entre otros.

Dicha directriz de prevención presenta como objetivos específicos:

- Aumentar la detección e ingreso precoz a tratamiento con priorización en grupos claves.
- Profundizar la integración de prevención-atención, como una respuesta transversal de salud.
- Cautelar la disponibilidad de servicios preventivos dirigidos a las poblaciones clave.
- Focalizar en poblaciones claves y de mayor riesgo, desde una mirada de derechos humanos y no discriminación.
- Responder a las necesidades específicas de comunidades, localidades y región.
- Incluir la participación de la sociedad civil, especialmente de poblaciones claves.

²⁹ *Ibíd.*

³⁰ Llamado a la Acción Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: “Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención”. Disponible en: http://www.serdigital.com.br/gerenciador/clientes/laccaso/informes/117_es.pdf

³¹ Exposición señora Valeria Stuardo, ob. cit.

- Educar a informar a la población sobre el VIH y las ITS, su transmisión y medidas de prevención primaria.

Sin embargo, según lo expuesto por el Ministro de Salud en esta Comisión Investigadora, esta directriz estaría recién comenzando a desarrollarse.

En el periodo anterior, el programa da cuenta de que para las personas que tienen VIH/SIDA o las que consultan por ITS y están en tratamiento en sistema de salud público, así como para la población que ejerce el comercio sexual y se encuentra controlada en el sistema de salud público, la cobertura de condones es de 100%. No sucede lo mismo en la disponibilidad de condones para la “población vulnerable, focalizada y emergente”, donde la cobertura no alcanza al 5% en el periodo 200-2010 (sin información respecto del acceso en particular a condones de cada grupo que conforma estas poblaciones vulnerables: HSH, población transgénero, privados de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, jóvenes, etc.). Para el periodo 2010-2018, según el presupuesto del año 2017 informado por la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (DIVAP), hubo recursos asignados a la compra de preservativos masculinos y, por tanto eran parte de la estrategia de prevención, del mismo modo en la presentación que hiciera el Ministro ante la Comisión señaló que se habrían adquirido condones tanto masculinos como femeninos para el sistema de salud, con montos que han ido en constante aumento desde el año 2016 al año 2019 en el caso del condón masculino, y entre el 2018 el 2019 para el condón femenino. Sin embargo, en la presentación no se entregó información de a qué población se está llegando y, tal como en el periodo anterior, se carece de una estrategia efectiva de entrega para que éstos lleguen a la “población vulnerable, focalizada y emergente” (ya que los condones se encuentran principalmente disponibles en centros de salud).

Según datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006 y 2015, ante la pregunta “Durante los últimos 12 meses, ¿usó usted o su pareja preservativo o condón en sus relaciones sexuales?”, para el año 2006, el 11,05% respondió siempre, mientras 77,46% respondió nunca; para el año 2015, 12,8% respondía siempre y 74,3% nunca³². Si bien ha aumentado la población que los usa siempre y ha disminuido la que no los usa nunca, los porcentajes siguen siendo muy bajos en un caso y muy alto en el otro.

Respecto de la disponibilidad de tratamiento post-exposición (PEP), el Decreto N° 182 establece que en los casos de violaciones y abusos sexuales, el profesional de la salud que atiende a la víctima le hará consejería sobre la posibilidad de haber adquirido VIH, la implicancia de ser portador de este virus, sus formas de transmisión y medios de prevención y **se ofrecerá tratamiento post-exposición**. Por su parte, las “Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual”, establecen que la responsabilidad de la indicación de profilaxis post-exposición por violencia sexual de los Servicios de Urgencia de la Red Asistencial. Sin embargo, en el informe de la DIPRES del periodo anterior, este tratamiento no se encontraba asociado a ninguno de los subcomponentes de la prevención³³ y, por lo tanto, no se encontraba como parámetro evaluado en el informe. Para este periodo, el Ministro de Salud, Emilio Santelices, se refirió al tema en la presentación que hizo en diciembre del año 2018 a la Comisión de Salud del Senado, donde dio cuenta de que el Ministerio estaba actualizando la

³² Datos sobre el total de personas que han tenido una relación sexual en los últimos 12 meses. Información aportada a la Comisión por el Alberto Farías, Plataforma PrEP.

³³ Ni a ningún otro componente del programa.

normativa PEP, sin embargo, esa información no se encuentra disponible. Por su parte, en la presentación que hizo el Ministro de Salud a esta Comisión en abril del 2019, no se entregó información sobre presupuesto asociado al PEP.

Respecto de la profilaxis pre-exposición (PrEP), la información disponible viene de tres presentaciones que han hecho los Ministros de Salud al Congreso Nacional. En la presentación que hizo la Ministra Carmen Castillo, en julio del 2017 a la Comisión de Salud de la Cámara, dio cuenta de las directrices de la OMS (2015) sobre la prevención, donde se recomienda ofrecer la PrEP vía oral con regímenes que incluyen TDF, como opción adicional para la prevención del VIH en personas con más alto riesgo y como parte de las intervenciones de prevención combinada. Sin embargo, recién en la presentación que hace el Ministro Emilio Santelices en diciembre del 2018, frente a la Comisión Salud del Senado, señaló que se encontraba en elaboración un protocolo de implementación del PrEP, para lo cual el Ministerio había participado en una reunión para su implementación, en México en septiembre del 2018.

Finalmente, en la presentación que el mismo Ministro hizo en esta Comisión dio cuenta que el presupuesto asignado al 2018 y con continuidad al 2019, incluía, en materia de prevención, presupuesto para PrEP. También hizo referencia al protocolo de implementación, explicando que se está llevando a cabo un trabajo conjunto entre las redes asistenciales con el Programa Nacional VIH/ITS, para definición de protocolo clínico y establecimientos de la Red de Atención que puedan incluir dentro de sus prestaciones la profilaxis pre-exposición, el que se encontraría en una primera fase definida como fase de inicio de la implementación. Así, el Ministerio de Salud ha decidido un inicio progresivo, partiendo por centros de salud del nivel secundario de atención de la región Metropolitana, centros con los que se están sosteniendo reuniones de coordinación. En esta etapa inicial, se irá acompañando y monitoreando el funcionamiento y la respuesta de la población a este servicio, información que será insumo para ampliar, en una fase posterior, su implementación.

Así el Ministro de Salud, explica en su presentación, que “Esta estrategia preventiva se aplicará siguiendo las recomendaciones de la OMS de ofrecer prioritariamente esta opción preventiva, a poblaciones cuya prevalencia de VIH se conoce o se estima en igual o mayor a 3%. Además, el protocolo nacional recoge las recomendaciones basadas en conductas o condiciones que generan en distintas poblaciones mayor vulnerabilidad. En este contexto, se destinará prioritariamente a HSH, población trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, jóvenes con alta vulnerabilidad, todos ellos con conductas de riesgo para la adquisición del VIH (lo que se evaluará previo al inicio de la indicación)”.

Por lo anterior, el Protocolo Nacional definiría criterios de ingreso y egreso de PrEP y de evaluaciones previo al inicio y durante PrEP consistentes en exámenes de laboratorio, evaluación clínica por equipo de salud y consejería para evaluar conductas de riesgo, adherencia y otros aspectos. Según refirió el Ministro, el proceso de compra del medicamento (antirretroviral co-formulado compuesto por tenofovir/emtricitabina-TDF/FTC), está en desarrollo.

Por su parte el señor Carlos Beltrán en la presentación realizada en la Comisión Especial Investigadora el 27 de junio, dio cuenta que el protocolo PrEP no ha llegado aún a los hospitales y que hay un desabastecimiento del fármaco en el sistema de salud público.

En la presentación que hizo el Exsubsecretario de Salud Pública, Jaime Burrows, a la Comisión Especial Investigadora sostuvo que respecto del PrEP, ha habido discusiones sobre si se debiera gastar esos montos en adquirir un tratamiento que está en directa relación con un cambio de conducta en la vida sexual.

En este marco, vale resaltar que una de las recomendaciones dadas por varias de las ONG que asistieron a la Comisión - Acción Gay, Plataforma PrEP y MUMS, así como por Valeria Stuardo, profesora asistente del Programa de Epidemiología, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Carlos Beltrán, Infectólogo, Presidente Corporación del SIDA-, fue mejorar el acceso a la prevención combinada: **Preservativo, PrEP, PEP (tratamiento post) a las poblaciones más afectadas (HSH, trabajadores sexuales y personas privadas de libertad), a través del trabajo comunitario**, con centros de salud sexual emplazados en la comunidad y a cargo de las ONGs que han estado trabajando los temas de VIH/SIDA con poblaciones vulnerables (HSH, población trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, jóvenes), ya que esta fórmula, con personas que tienen mayor cercanía con esta población, con horarios más extendidos que los sistemas de salud y con financiamiento basal desde el Estado, tiene un impacto real en disminuir el número de nuevos casos, como se ha demostrado mediante cifras en el caso de EEUU³⁴ y el de España³⁵.

Subcomponente 1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS

Respecto a la capacitación y asesoría técnica al personal de SEREMÍAS de Salud, personal FONOSIDA, profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/ y municipal, en la presentación que hizo el Ministro Santelices en la Comisión de Salud del Senado, en diciembre 2018, dio cuenta de que se encontraban en desarrollo convenios con los Ministerios de Agricultura, Secretaria General de Gobierno (División de Organizaciones Sociales), Ministerio de Educación, Ministerio de Defensa, Ministerio de la Mujer y Equidad de Género y el SENAME, ya sea para establecer convenios de capacitación de funcionarios o continuar los establecidos el año 2013 (caso de los tres últimos Ministerios mencionados). Para el caso del convenio de colaboración con el INJUV, vigente también desde el 2013, el plan contempla dar continuidad a las actividades de prevención VIH/SIDA /ITS en el trabajo de mesas regionales intersectoriales en todo el país, difusión de materiales educativos y preservativos en INFOCENTRO y actividades territoriales organizadas por el INJUV.

Sin embargo, en términos históricos, esta colaboración interministerial no se ha mantenido estable en el tiempo y, por tanto, no ha dado los frutos que se esperaban. En la presentación del Director Ejecutivo de Fundación Sida Maule, señor Michael Díaz, ante la Comisión señaló que si bien la ley N° 19.779 en su artículo 2 establece que las políticas deberán elaborarse por el Ministerio de Salud pero ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, para establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población, y en especial para aquellos de mayor vulnerabilidad, como las mujeres y los menores, en la práctica el Ministerio de Salud, no cuenta con facultades para establecer prioridades programáticas. El mismo artículo 2, da cuenta también que las políticas deberán elaborarse y ejecutarse con la participación de la comunidad, sin embargo, esta participación se ha traducido, generalmente, en el establecimiento de Mesas Nacionales de discusión, pero no

³⁴ Presentación de Alberto Farías, ob. cit.

³⁵ Presentación de la señora Valeria Stuardo, ob. cit.

existiría un trabajo colaborativo y estable entre el Ministerio de Salud y la sociedad civil³⁶.

Respecto a este punto, el Ministro de Salud, en su presentación en la Comisión de Salud del Senado, en diciembre del 2018, dio cuenta de que para este año 2019, se estaba dando la elaboración de un Plan Nacional en consulta con la sociedad civil.

En cuanto a los pueblos originarios, el mismo Ministro en su presentación ante la Comisión Especial Investigadora del VIH/SIDA, señaló que “ los pueblos originarios están contemplados en las líneas estratégicas del Plan Nacional de Acción en VIH/SIDA e ITS, tanto en las actividades de Promoción de Sexo Seguro, Prevención del VIH/SIDA e ITS, como en las acciones de acceso al diagnóstico, atención y tratamiento”.

Agregó que en este marco “durante el año 2018, la Red de Pueblos Originarios frente al VIH/SIDA fue convocada a participar en reuniones para el análisis y diseño del Plan de Acción y en un trabajo conjunto se acordó que las organizaciones de la Red trabajarían en colaboración con las SEREMIS y Servicios de Salud, mientras que para el presente año, se reforzará la coordinación con organizaciones de pueblos originarios en distintas regiones del país; se elaborará material educativo con pertinencia cultural y se realizarán actividades de educación, capacitación y testeo con las organizaciones para compartir saberes en VIH e ITS con un enfoque intercultural”.

Sin embargo, en su presentación ante la Comisión Especial Investigadora, Tibor Gutiérrez, de la Red Nacional de Pueblos Originarios Frente al VIH, el 27 de mayo pasado, señaló ausencia de políticas públicas en materias de salud con “pertinencia cultural”, en el caso de los pueblos originarios y criticó el trato discriminatorio, con escasa cobertura del sistema sanitario, falta de pertinencia cultural en relación a la temporalidad (migración estacional, trashumancia, veranada e internadas pehuenches, urbano–rural) que establecen un contexto respecto del VIH, para lo cual los Servicios de Salud públicos no están preparados.

Finalmente, el señor Daniel Contardo de la ONG LEASUR, explicó que los informes de derechos humanos indicaron que no se respetan los estándares de salud en las cárceles, a pesar del trabajo interdisciplinario que ha establecido el MINSAL. Si bien ha habido interés en generar convenios entre Gendarmería y el MISAL, no ha habido fiscalización de los resultados.

Componente 2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS

Brinda atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS; atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA y atención a personas con ITS. La atención se realiza en la red de establecimientos de los Servicios de Salud, de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente. En la atención integral del VIH/SIDA, el tratamiento está garantizado desde el año 2005, a través de su incorporación a las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Este componente incluye, a su vez, 2 subcomponentes:

³⁶ Presentación del Director Ejecutivo de Fundación Sida Maule, señor Michael Díaz, a la Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA, el 17 de junio 2019.

Subcomponente 2.1. Atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS

Como en los periodos anteriores 1990-2000 y 2000-2010, sin dudas, la fortaleza de este componente de atención integral, subcomponente de detección y diagnóstico, está en poblaciones que se han definido como objetivo: personas que ejercen el comercio sexual y están en control, embarazadas ingresadas a control en año (detección sífilis), embarazadas ingresadas a control en año (detección VIH), donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH), las que logra cubrir al 100% de la población objetivo. Sin embargo, el programa presenta graves falencias en detección y diagnóstico del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones vulnerables emergentes y en la población en general.

Respecto del diagnóstico cabe mencionar dos temas fundamentales, primero, dar cuenta de que este nuevo esquema del GES cambia la garantía de acceso desde la persona con diagnóstico confirmado a personas con sospecha clínica, incluyendo el diagnóstico dentro de la garantía de acceso. De esta manera la persona ingresa al sistema de salud antes, agilizando la posibilidad de que acceda a tratamiento y disminuyendo las posibilidades de transmisión. El primer problema que se presenta es que el modelo es pasivo, esperando que la gente acuda a hacerse el examen y luego con dificultades para encontrar a las personas que no retiran sus exámenes. Según refirió la epidemióloga Claudia Cortés de la Sociedad Chilena de Infectología, en la actualidad, cuando una persona no va a buscar sus resultados, el procedimiento establecido para contactarla es llamarla tres veces al teléfono que entrega y luego ir a notificarle a su domicilio. Mientras en otros países, en específico a Estados Unidos, el comunicarle a la persona el resultado del test es un procedimiento más robusto y eficaz³⁷.

La excepción a este procedimiento lo constituyen las campañas masivas de **test visual/rápido**, dirigidas a población general, las que fueron permitidas mediante **la Resolución Exenta N° 1380 de septiembre del 2018, del Ministerio de Salud** que aprueban las Directrices para la detección del VIH a través del test visual/rápido en acciones intra y extramuros. Con esta resolución, se modifica los parámetros establecidos en el **Decreto N° 182 permitiendo la realización del test visual/rápido intra o extramuros y en eventos masivos** tanto por los Servicios de Salud como los establecimientos educacionales, establecimientos de salud privados y organizaciones no gubernamentales. El Ministro de Salud, en su presentación a esta Comisión, señaló que el año 2018 se habrían comprado 800.000 test, quedando estos disponibles en la atención pública distribuidos a nivel nacional en: 591 consultorios, 109 centros comunitarios de salud, 520 postas rurales y 83 hospitales de baja complejidad.

En este marco, se han llevado a cabo algunos eventos de testeos masivos, como la campaña de verano, ejecutada por el Ministerio de Salud, de enero a marzo de 2019, cuyos objetivos fueron reforzar la disponibilidad de test rápido como método de tamizaje para el VIH y aumentar la percepción de riesgo y el autocuidado³⁸. En esta campaña, se realizaron 21.334 testeos, 8.974 a hombres, 8 a intersex y 12.352 a mujeres, de los cuales 99,07% fueron no reactivos y solo 0,3% reactivos. Cabe resaltar que el 57,78% de los testeados correspondía al grupo objetivo, jóvenes de 15 a 29 años.

³⁷ Presentación ante la Comisión Especial investigadora VIH/SIDA, el 15 de abril del 2019.

³⁸ Presentación del Ministro de Salud, Emilio Satelices, ob. cit.

Este tipo de campañas de testeo masivo ha estado sujeta a cierta polémica, ya que, según algunas ONGs³⁹ estas campañas son muy poco efectivas, con un alto costo/beneficio, ya que no atienden a las poblaciones vulnerables. De hecho la población testeada es mayormente de sexo femenino y no reconoce orientación sexual, siendo que la población más afectada sería la HSH. Por otra parte, fue opinión médica, el que estas campañas son una forma de llegar a “población afectada” que de otra manera no se llegaría, pues no van voluntariamente a los Servicios de Salud a realizarse el test⁴⁰.

Por otra parte, la garantía de oportunidad para diagnóstico es de 60 días, lo que según los expertos que presentaron ante la Comisión, **sería excesivo**. Según la señora Claudia Cortés⁴¹, infectóloga de la Fundación Arriarán los flujogramas diagnósticos y confirmatorios, establecidos por la **Resolución Exenta N° 371**, son extremadamente complejos y, por ende, demorosos, particularmente pues todas las muestras deben ser certificadas por el ISP en Santiago. Según refiere la infectóloga, en Estados Unidos se han simplificado los procedimientos, por lo que el proceso de confirmación tendría una extensión máxima de 48 horas. Sin embargo, al ser consultada en la Comisión, María Judith Mora, Directora (S) del ISP sobre los tiempos de demora de la confirmación diagnóstica y sobre la posibilidad de que hubiese otras instancias de certificación, manifestó la dificultad de obtener el mismo nivel técnico en regiones que el alcanzado en Santiago, afirmando que el proceso solo demoraría 8 días⁴². Por su parte, Carlos Beltrán, en su exposición en la Comisión sostuvo que “testear en menos de 10 días, con vinculación inmediata no se cumple”.

En el mismo marco, Leonardo Arenas Obando, Coordinador Nacional de AHF CHILE (*AIDS Healthcare Foundation*), enfatizó en la Comisión la importancia de disminuir los tiempos entre el diagnóstico y el inicio de TARV (Terapia antiretroviral), para lo cual hizo presente la necesidad de modificar el algoritmo de diagnóstico. En efecto, esto es mencionado en el documento Directrices para la Estrategia Regional para Avanzar en Prevención Combinada del VIH y Abordaje de otras ITS: “Las evidencias actuales señalan que el diagnóstico precoz, la atención e inicio temprano de la TARV tienen un impacto beneficioso en la salud de las personas y la salud pública al disminuir la progresión de la enfermedad, disminuir la transmisión sexual y la mortalidad por SIDA”. Frente a este tema, el Director del Instituto de Medicina de la Universidad Austral, Mario Calvo, aclaró que la tasa de transmisión no es igual en el desarrollo del VIH/SIDA, siendo el primer año, y en particular el primer periodo, cuando el virus se transmite con mayor facilidad.

Aparte de realizar una revisión de algoritmos y normativas del circuito de atención y toma de muestra, según Leonardo Arenas Obando, Coordinador Nacional de AHF, para cumplir con la primera meta de ONUSIDA, es decir, que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH⁴³, sería necesario tomar las siguientes medidas:

a. Diseñar e implementar estrategias para la expansión de la prueba, focalizadas en poblaciones claves, grupos más afectados, y teniendo en cuenta el perfil de las personas con diagnóstico tardío.

³⁹ Marco Becerra, Director de Acción Gay en su presentación, ob. cit.

⁴⁰ Mario Calvo, Director del Instituto de Medicina de la Universidad Austral, en la Comisión Especial Investigadora.

⁴¹ Presentación en la Comisión Especial Investigadora, ob. cit.

⁴² Presentación de la Directora (S) del Instituto de Salud Pública, el 10 de junio del 2019, ante la Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA.

⁴³ Presentación del señor Leonardo Arenas Obando. Coordinador Nacional de AHF CHILE, sesión celebrada el 6 de mayo 2019 ante la Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA.

- b. Trabajar, principalmente, con las organizaciones ciudadanas quienes tienen mayor llegada a las poblaciones vulnerables⁴⁴.
- c. Abordar barreras para el acceso y la oferta a la prueba en el sistema público.
- d. Aumentar los recursos específicos para la expansión de la prueba: financieros, infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

En la misma línea Carlos Beltrán indicó que “la ley 19.779, es una ley para 600 casos nuevos al año y no los 8.000 a que llegaremos este año. La ley tiene procedimientos anticuados”.

Por último, respecto de la detección y diagnóstico, en los últimos años se ha plasmado con gran fortaleza la idea que tomarse el test de VIH, siendo una forma de prevención. Si bien según Marco Becerra, Director de Acción Gay, en su presentación a la Comisión, el testeo no es parte de la prevención, si sería fundamental por los efectos que tiene para la evolución del VIH en las personas y la posibilidad de transmisión. Para Carlos Beltrán “el testeo es parte de la prevención, no hay prevención sin testeo”, pero por si solo no resuelve el problema, debe ir dentro de un plan de prevención combinada. Esto es fundamental, considerando que Chile actualmente tiene 40% de retardo en el diagnóstico por las dificultades de acceso que tienen las diversas poblaciones vulnerables al test⁴⁵.

Para la académica Valeria Stuardo, esto sería porque el sistema de salud no ha desarrollado estrategias acordes a los entornos locales, teniendo en cuenta el contexto socio-epidemiológico y cultural que tiene cada una de estas poblaciones, situación que sería subsanada si el testeo se encontrara a nivel comunitario, y desarrollado por ONGs, tal como se ha hecho en España, Perú y Brasil⁴⁶. En la misma línea, Carlos Beltrán, en su exposición señaló que un estudio de prevalencia de VIH/SIDA que se llevó a cabo con jóvenes que estudian en la Universidad de Santiago, los jóvenes asistieron masivamente a hacerse la prueba, pero 76% declaró que no se habían hecho antes el test, lo que da muestras de que “los jóvenes tienen interés por el testeo, pero no tienen acceso real a hacerse el test”.

Finalmente, en el tema de las consejerías, si bien la **Resolución Exenta N° 371, del 2001** obliga a la consejería pre y post test, independientemente del resultado del test. Sin embargo, según la evaluación hecha por la DIPRES, para el periodo 2006 - 2009, éstas alcanzaron a 3,4% de la cobertura en su punto más alto. Por lo que la gente que se hacia el test no estaba recibiendo ni la información ni el apoyo necesario para entender la situación en la cual se encontraban. Según datos preliminares del DEIS, las consejerías relacionadas al test de VIH se han más que triplicado en el periodo, de 103.804 el 2010 a 368.949⁴⁷ el año 2018, sin embargo, no existe información sobre su cobertura. Por su parte, según el jefe del Departamento VIH del Ministerio de Salud se eliminó la consejería pre test.

Subcomponente 2.2. Atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA

El acceso a tratamiento del VIH Universal (segunda meta 90 de ONUSIDA) es una herramienta muy importante en la lucha contra el VIH/SIDA, “pues

⁴⁴ Presentación del señor Pablo Donoso, ONG VIHDA el 3 de junio del 2019, a la Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA.

⁴⁵ Presentación del señor Marco Becerra, ob. cit.

⁴⁶ Presentación de la señora Valeria Stuardo, ob. cit.

⁴⁷ Dato preliminar DEIS, entregado en la exposición a la Comisión Especial Investigadora por Anita Román, ob. cit.

previene enfermedades y muertes, evita nuevas infecciones y supone un ahorro económico". "La esperanza de acabar con la epidemia de VIH/SIDA depende en gran medida de la capacidad de proporcionar tratamiento del VIH a todos aquellos que lo necesiten", por lo que sumado al acceso a la prevención combinada, la meta en atención es el inicio de tratamiento independiente del conteo de CD4 (tratamiento universal) y mantener adherentes a la TARV⁴⁸.

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

Según datos entregados por el Director Nacional del Fondo Nacional de Salud, señor Marcelo Mosso ante la Comisión Especial Investigadora de VIH /SIDA, el presupuesto que gastó FONASA el año 2018, por concepto de prestaciones asociadas al tratamiento del VIH, ha presentado un crecimiento de 418% respecto del año 2010. De hecho, el principal componente del gasto en la atención del VIH/SIDA lo constituye el gasto en antirretrovirales que constituye un 94%⁴⁹.

En marzo de 2018, se implementó el Decreto Modificatorio para el Problema de Salud N° 18 VIH/SIDA, en el cual se planteó una ampliación y mejora de la canasta GES de fármacos antirretrovirales, cuyos objetivos fueron:

- a. Disponer de TARV para todo paciente diagnosticado
- b. Contar con arsenal farmacológico actualizado.
- c. Definir esquemas terapéuticos para personas que inician TARV, para personas que no presentan fracasos, personas con fracaso y para personas que requieren terapias de rescate.
- d. Definir esquemas terapéuticos, según perfil poblacional en adultos.

Según el jefe de Departamento VIH del Ministerio de Salud, otro de los cambios fundamentales es la vinculación al sistema de salud para tratamiento, el paciente puede elegir en que hospital quiere tener la prestación de VIH, esto es importante cuando no quiere encontrarse con personas que puedan reconocerlo en un hospital. Por otra parte, se han mejorado los fármacos, si antes tomaban 10 pastillas ahora un paciente se toma un comprimido, lo que disminuye reacciones adversas y mejora adherencia⁵⁰.

Sin embargo, considerando como ha crecido la epidemia en Chile, la Fundación Iguales en su presentación ante la Comisión Especial Investigadora, da cuenta de que existiría una brecha entre que la persona es diagnosticada y una vez que accede a la TARV, la que estaría dada no solo por el tiempo que se demora la confirmación del ISP, sino por el tiempo que toma la asignación del centro de salud y hora médica, junto con el inicio real de tratamiento antirretroviral, tiempos que no estarían siendo debidos tomados en cuenta por el Estado. Esto a pesar de que, el año 2017, la subsecretaria de salud pública publicó las Directrices para la vinculación

⁴⁸ Presentación del señor Iancu Cordescu, Director Ejecutivo Chile Positivo en sesión celebrada el 27 de mayo 2019, ante la Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA.

⁴⁹ Presentación de la señora Valeria Stuardo, ob. cit.

⁵⁰ Presentación del jefe de Departamento VIH del Ministerio de Salud, señor Ángel González en la Comisión Especial Investigadora de VIH /SIDA.

e ingreso oportuno de personas VIH (+) al programa de atención en establecimientos de la Red Asistencial Pública del país, cuyos objetivos son: “contribuir a que las personas una vez informadas de su seropositividad al VIH, ingresen oportunamente a control y/o tratamiento y permanezcan en él”.

Para dar continuidad a la atención del paciente, se cuenta con el Sistema Único de Registro de VIH (SUR-VIH), del Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES), así como otros registros locales de los cuales se disponga. El SUR – VIH es un sistema informático de apoyo a la continuidad del proceso de atención clínica para la detección y diagnóstico del VIH/SIDA. Permite realizar el seguimiento de los pacientes desde el momento de la realización del test para VIH, con técnicas instrumentales visuales/rápidas, hasta la entrega del resultado del examen, registrando algunos de los hitos del proceso de atención clínica: toma de muestra, procesamiento de la muestra, confirmación examen, prueba de identidad, y entrega de resultados al usuario/paciente⁵¹.

Según datos entregados por FONASA en el año 2018, fue posible identificar un **total de 37.467** beneficiarios que accedieron a **alguna prestación** relacionada con el Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de VIH (beneficiarios GES), sin distinguir en qué etapa del proceso se encontraría cada persona. Además, según datos del último informe de ONUSIDA, al menos habría 67 mil personas viviendo con VIH (spectrum), de las cuales solo 40 mil están diagnosticadas (59,7%)⁵². Por otra parte, según datos presentados ante la Comisión Especial Investigadora del VIH/SIDA, por Leonardo Arenas Obando, Coordinador Nacional de AHF CHILE, en la actualidad habría 10.000 personas que viven con VIH y no están en control, ni en tratamiento.

Finalmente, vale mencionar que existiría una baja de 30% en la adherencia al tratamiento, existiendo factores que el Sistema de Salud no estaría considerando en las distintas poblaciones vulnerables, que hacen que las personas abandonen el tratamiento. Según Valeria Stuardo existen consideraciones de género, de orientación sexual, de etnia, de edad a considerar en la elaboración de una política pública que refuerce la permanencia en tratamiento de, lo que es ahora, una enfermedad crónica, por lo que sería fundamental considerar tanto la evidencia científica, como la participación de la sociedad civil en instancias de toma de decisiones, que en estos momentos es nula o casi nula⁵³. Reforzando este punto, la señora, Alejandra Soto de la Fundación Amanda Jofré, señaló en la Comisión, que se “abandona el tratamiento por la discriminación que las mujeres trans tienen en los Servicios de Salud, entre los malos tratos se encuentra el que no se respeta su nombre social.”.

Componente 3. Vigilancia epidemiológica, Sistemas de información e investigación

Según los Informes Nacionales del Estado de Situación de casos confirmados VIH/SIDA, en el periodo 2004 - 2008 había sido ingresada al sistema de vigilancia epidemiológica solo 63,5% de las personas informadas en los establecimientos públicos de salud y 41% de las informadas en establecimientos

⁵¹ Directrices para la Vinculación e Ingreso Oportuno de Personas VIH (+) al Programa de Atención en Establecimientos de la Red Asistencial Pública. Disponible en el sitio electrónico https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.12_DIRECTRICES-VIH.pdf

⁵² Presentación de la señora Valeria Stuardo, ob. cit.

⁵³ *Ibíd.*

privados, lo que representa una sub-notificación importante. Esto lleva a que, en el 2009, el Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la “Infección” por VIH, establezca un protocolo detallado del proceso de vigilancia epidemiológica, en el cual se especifica quienes conforman la red de vigilancia, sus responsabilidades, los hitos del proceso, (que incluyen el registro mediante formularios establecidos, control de calidad de los datos, procesamiento de estos, elaboración de informes epidemiológicos y monitoreo de acciones de vigilancia), los tipos de formulario a llenar y el responsable (boletín enfermedades de notificación obligatoria ENO, formulario de notificación de caso VIH/SIDA, formulario de notificación de cambio de etapa VIH/SIDA y formulario de envío de muestra al ISP).

Para el año 2018, según datos entregados por la señora Johanna Acevedo, se consideraba un caso como notificado una vez que la persona ingresaba a control y era clasificada según etapa en VIH o SIDA, o bien cuando había fallecido. En el año 2019, se ha desarrollado nuevo sistema denominado EPIVIGILA, donde el caso ingresa a vigilancia cuando es informado⁵⁴ de esta manera se logra pesquisar mejor a las personas que teniendo, el diagnóstico, van a entrar a tratamiento.

A pesar de los avances que ha habido en torno a la vigilancia epidemiológica, considerando la sub notificación del periodo 2004 - 2008, Valeria Stuardo dio cuenta en su exposición en la Comisión que el actual sistema de vigilancia sería un sistema de vigilancia de primera generación, es decir, “pasivo” y que “básicamente se dedicaría a contar casos diagnosticados”, sin incluir determinantes sociales en las tasas de notificación. En la misma línea, la OMS en su documento “Vigilancia del VIH de Segunda Generación. El próximo decenio del año 2000”, sostiene que:

“Los sistemas actuales de vigilancia de la “infección” por VIH no tienen la capacidad de captar esta diversidad ni de explicar los cambios que sufren las epidemias establecidas, a lo largo del tiempo. En este momento se está tratando de reforzar los sistemas de vigilancia existentes, con el fin de darles una mayor capacidad de explicar la información y de utilizar mejor los datos generados” y que “Estos nuevos sistemas, denominados de vigilancia de segunda generación, tienen por objeto concentrar los recursos en los elementos que puedan generar la información que pueda servir más para reducir el avance del VIH y proveer atención a las personas afectadas. Lo anterior se refleja en la necesidad de contar con un sistema de vigilancia que se adapte al modelo que asume la epidemia en cada país, lo cual, a su vez, indica que la recolección de información debe concentrarse en los grupos de “población expuesta al riesgo más alto de infectarse con el VIH”, es decir, la población con mayor comportamiento de riesgo o los jóvenes que están en el inicio de su actividad sexual. También significa que es necesario comparar información sobre la prevalencia del VIH y los comportamientos que favorecen la transmisión, para elaborar un buen panorama de los cambios que se producen a lo largo del tiempo. Finalmente, implica utilizar al máximo los recursos de información (vigilancia de enfermedades transmisibles, encuestas de salud reproductiva y otros) para mejorar nuestro conocimiento - sobre la epidemia de “infección” por el VIH y los comportamientos facilitadores de la transmisión”.

Respecto a los informes epidemiológicos⁵⁵ y los estudios en VIH/SIDA, los que debieran examinar en qué medida cambian las epidemias nacionales y sub-nacionales a lo largo del tiempo y sus características psicosociales, entregando información para reorientar los programas terapéuticos o de prevención del VIH (tal como refiere el artículo 2 de la ley N° 19.779), de los primeros se encuentran informes

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ A cargo de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

trimestrales disponibles en la página del Departamento de Epidemiología, del Ministerio de Salud.

También hay que considerar que, en este tipo de informes, que se desarrollan producto de las **Directrices para la Vinculación e Ingreso Oportuno de Personas VIH (+) al Programa de Atención en Establecimientos de la Red Asistencial Pública del país**⁵⁶ del año 2017, en la que se establece la obligatoriedad de remitir informes periódicos de monitoreo del ingreso de las personas informadas como VIH (+) a la atención de especialidad de VIH/SIDA en la Red Asistencial, con el fin de conocer la información y evaluar las medidas implementadas para vincularlas a la atención de especialidad de VIH/SIDA. Según lo expuesto en el documento, se comprometieron 4 informes de avance durante el 2018 y uno final, entregable a enero del 2019, con información sobre **casos de personas VIH (+) informadas de su resultado vinculadas y no vinculadas a la atención, durante el periodo enero – diciembre 2018.**

Respecto de los segundos, en el periodo anterior, es decir, 2000-2010, la DIPRES señaló en su evaluación que no hay información sobre presupuestos asignados, así como tampoco del número de estudios realizados. Esta situación lleva a la DIPRES a recomendar el aseguramiento de la continuidad de estudios especiales que constituyen insumos para la evaluación y el rediseño de las estrategias. Esta recomendación estaría también apoyada por la presentación de Valeria Stuardo, quien comentó en la Comisión que el Plan Nacional de VIH/SIDA carecía de información científica para ser desarrollado, acorde a las actuales necesidades. Para Carlos Beltrán, es fundamental realizar estudios de conductas sexuales en la población. Para ejemplificar su punto, da cuenta que en el estudio llevado a cabo en la Universidad de Santiago, más del 50% de los jóvenes declararon haber tenido más de 2 parejas en el último año, esta información da cuenta de cómo la estrategia planteada en los años 90, de abstinencia, pareja única y uso de condón, ha fallado. Finalmente, Alejandra Soto, Presidenta de Fundación Amanda Jofré, indicó que el Ministerio de Salud no cuenta con datos respecto de cuanto peso tiene las mujeres trans con VIH, estimaciones dan cuenta que esta población constituiría 35% de los infectado. Por esto, sería fundamental llevar a cabo estudios epidemiológicos de datos cualitativos y cuantitativos, que de cuenta de cómo llegar a poblaciones claves, en particular trans⁵⁷.

Según la presentación del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA /ITS, disponible en las páginas web del Centro Regional de Información y Apoyo para la Prevención Social de VIH/SIDA, en el Plan Estratégico para el período 2012-2016 se describen las líneas de trabajo que tiene el programa en este eje estratégico, en el cual se describen las siguientes tareas:

- a. Diseño e implementación de agenda de investigación.
- b. Incremento en el conocimiento de la epidemia del VIH e ITS a través de estudios de prevalencia y socio comportamental en diversas poblaciones de la sociedad.
- c. Estudios de Cohorte para el seguimiento clínico de las personas VVH.
- d. Diseño e implementación de sistemas de información para la gestión del Programa de VIH/SIDA /ITS.
- e. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.

⁵⁶ La que tiene como objetivo contribuir a que las personas una vez informadas de su seropositividad al VIH, ingresen oportunamente a control y/o tratamiento y permanezcan en él.

⁵⁷ Presentación de la señora Alejandra Soto, Presidenta de Fundación Amanda Jofré, a la Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA en sesión celebrada el 21 de junio del 2019.

Por otra parte, en las **Directrices de la Estrategia Regional para Avanzar en Prevención Combinada del VIH y Abordaje de otras Infecciones de Transmisión Sexual**, dentro de las etapas de implementación se encuentra: disponer de un diagnóstico regional integral actualizado, que contemple información epidemiológica, socio comportamental, cultural y antecedentes disponibles en la red de Servicios de Salud de la región público/privado, como prestaciones otorgadas, coberturas logradas, poblaciones bajo control, entre otras.

Sin embargo, en la página del MINSAL, solo se encuentran disponibles cuatro estudios realizados en la temática del VIH/SIDA en el periodo 2010-2018, los que se describen a continuación:

a. **Estudio de prevalencia de VIH y factores asociados en HSH** enero 2010.

b. **Índice Compuesto de Estigma y Discriminación (ICED), hacia población gay, otros HSH y mujeres transgénero.** 2012. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Chile.

c. **Estudio de caracterización de mujeres recientemente diagnosticadas con VIH/SIDA, de las regiones de Arica y Parinacota, y Metropolitana.** Mayo 2014. Preparado para la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

d. **Estudio de prevalencia de VIH asociada a factores sociocomportamentales en trabajadores del sector transporte y minería de las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta.** Junio 2014. MINSAL.

Componente 4. Planificación, monitoreo y evaluación

Este es el componente respecto de cual se encontró menos información y al que menos se refirieron los invitados a la Comisión Especial Investigadora del VIH/SIDA. En una presentación del MINSAL del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA /ITS, disponible en las páginas web del Centro Regional de Información y Apoyo para la Prevención Social de VIH/SIDA, en el Plan Estratégico para el período 2012-2016 se da cuenta de la elaboración de los siguientes documentos:

a. Elaboración y difusión de directrices del Programa Nacional de VIH/SIDA /ITS.

b. Elaboración e implementación del Plan Estratégico Quinquenal.

c. Elaboración y difusión de directrices para Respuesta Regional Integrada (RRI) en promoción, prevención y control de VIH/SIDA /ITS.

d. Elaboración y difusión Manual con Indicadores de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de VIH/SIDA /ITS.

e. Elaboración y evaluación de planes operativos anuales.

f. Capacitación de los equipos en materia de monitoreo y evaluación.

F) Educación Sexual⁵⁸

Dado que el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad 2005-2010 no había tenido el impacto ni la cobertura esperada, el Ministerio de Educación, en el año 2009, incorporó explícitamente en los objetivos fundamentales y contenidos mínimos obligatorios para la educación básica y media, la afectividad y sexualidad para los distintos niveles, destacando la necesidad de abordarla de manera transversal en el currículo escolar. La Ley General de Educación (LGE) -que deroga

⁵⁸ Este tópico fue extractado del trabajo entregado a la Comisión por el Departamento de Asesoría Técnica Parlamentaria de la BCN, denominado "Programas de VIH/SIDA: 2010-2018....", ob. cit.

la LOCE en septiembre de 2009- no estableció la obligatoriedad de contar con un plan de educación sexual dentro del currículum formativo en enseñanza básica y media, por lo tanto, quedó a criterio de cada escuela, colegio y liceo instruir en temáticas de educación sexual (Miles, 2016).

Pocos meses antes de finalizar el primer gobierno de Michelle Bachelet (enero del 2010) se promulgó la ley N° 20.418, que en su artículo 1° establece que “toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial”, determinando con ello que la educación sexual es una garantía y un derecho. Agregando en el siguiente apartado que “Dicha educación e información deberán entregarse por cualquier medio, de manera completa y sin sesgo, y abarcar todas las alternativas que cuenten con la debida autorización, y el grado y porcentaje de efectividad de cada una de ellas, para decidir sobre los métodos de regulación de la fertilidad y, especialmente, para prevenir el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual, y la violencia sexual y sus consecuencias, incluyendo las secundarias o no buscadas que dichos métodos puedan provocar en la persona que los utiliza y en sus hijos futuros o en actual gestación. El contenido y alcance de la información deberá considerar la edad y madurez psicológica de la persona a quien se entrega.”.

Finalmente, establece que, para cumplir con este derecho, se requerirá un reglamento del Ministerio de Salud para disponer el modo en que los órganos con competencia en la materia harán efectivo el ejercicio de este derecho.

A pesar de la declaración inicial que marcaba el derecho a la educación, éste quedó mediado por el derecho a la libertad de enseñanza que la LGE le otorga a los establecimientos de educación, el que se basa en el respeto y fomento de la autonomía de los establecimientos educativos, consistente en la definición y desarrollo de sus propios proyectos educativos.

Este matiz en la ley, se debe al contexto en que se llevan a cabo las políticas educativas en Chile, entre las que están las relativas a la sexualidad. El “Ministerio de Educación no administra los establecimientos educacionales, por lo que debe actuar a través de medios indirectos y negociar con los actores que los administran, sostenedores y directores, de quienes depende finalmente que las políticas ministeriales se apliquen en sus establecimientos”, “tampoco tiene posibilidades de actuar directamente sobre las universidades que forman profesores. Una entrevistada señala que el tema de educación sexual no está en las mallas curriculares de las facultades de educación; a lo más aparece como curso electivo, y el Ministerio no tiene atribuciones para que lo incorporen.” (PNUD, 2010).

Respecto de las formas en que se implementa la política, dado este contexto, una de las principales son los objetivos fundamentales y contenidos mínimos, que prescribe el currículum que debe enseñarse en los establecimientos escolares. Los temas de educación sexual están presentes transversalmente en este currículum, pero de acuerdo a los entrevistados, no se estarían abordando en la práctica, principalmente porque no hay capacidades en los docentes. Tampoco hay mecanismos de exigibilidad sobre estos contenidos, porque no sólo no se evalúan nacionalmente estándares, sino que las metas aún no están definidas. Otra práctica asociada con la ausencia de evaluación es el recurrente surgimiento de “experiencias piloto” que nunca llegan a madurar para transformarse en una política universal, o que cubra una proporción importante de establecimientos educativos (PNUD, 2010).

En el año 2010 se inicia en Chile una nueva experiencia en Educación Sexual, si bien la ley N° 20.418 obligaba a la coordinación entre el MINSAL y el MINEDUC, donde el primero estaba encargado de desarrollar un reglamento y segundo imponer a los establecimientos educacionales de educación media, incluir un programa de educación sexual, sin embargo para el año 2012, el Ministerio de Salud aun no entregaba dicho reglamento (UNFA, 2012).

En ese contexto, el Ministerio de Educación en conjunto con el Servicio Nacional de la Mujer exploran los cursos de educación sexual existentes en el país, y el Ministro de Educación comunica que han elegido 7 de ellos por ser los más integrales⁵⁹ y que serán los que se ofrecerán a los establecimientos escolares, y a los cuales podrán optar. Joaquín Lavín, Ministro de Educación de la época, declaró que propondría que sean los propios establecimientos quienes escogerán la opción de educación sexual “según su forma de pensar”. *“Creemos que no debería haber una política única en materia de educación sexual, porque hay que respetar los valores de cada comunidad escolar. Por lo tanto, lo mejor es que haya diferentes opciones a disposición de los colegios, por lo menos cinco”* (Miles, 2016).

En febrero de 2011, se comunica que este sistema quedará bajo la responsabilidad de la Unidad de Transversalidad Educativa del Ministerio de Educación y los oferentes de los programas se deberán inscribir en Registro Nacional de Asistencia Técnica Educativa (ATE) del MINEDUC. Respecto del financiamiento, la responsabilidad administrativa recayó en el MINEDUC. Dado que el escenario lo forzaba a implementar un plan de acuerdo a la ley, el MINEDUC se vio en la obligación de idear un mecanismo de financiamiento de estos programas: la primera vía fue a través de una negociación privada entre cada programa y sostenedor, lo que no logró satisfacer los objetivos de la ley N° 20.418. El segundo mecanismo fue vincular la contratación de los programas con los fondos de la Subvención Escolar Preferencial-SEP de cada escuela, lo que tampoco dio los resultados esperados, ya que la prioridad de la utilización de estos fondos son técnico-pedagógicas asociados al Sistema de Medición de Calidad de la Educación (SIMCE). Y, finalmente, el tercer mecanismo, la creación en marzo de 2011 de un “Fondo para capacitación en sexualidad, afectividad y género”, con un monto de 300 millones. En agosto del mismo año se aumentó a 600 millones, ya que sólo alrededor del 8% de los establecimientos educacionales lo habían utilizado. Este fondo estaba destinado para que cada establecimiento pudiera capacitar a 3 docentes, lo que equivale a un total asignado a cada uno de \$330.000 por escuela. Cabe mencionar que entre septiembre y octubre de 2011, solo el 39% de los fondos había sido ejecutado, lo que da cuenta que el diseño del proceso presenta serias deficiencias (UNFPA, 2012). La Resolución Exenta N° 64.864, de 1 de diciembre de 2011, da a conocer los 170 sostenedores que se adjudicaron los recursos del Fondo de Sexualidad. (Miles, 2016).

Así, la implementación del programa de educación sexual, al no contar con un reglamento y un mecanismo de financiamiento definido, tuvo dificultades para el avance de una política de educación sexual de calidad y definida en los establecimientos educacionales, con una parcial ausencia del organismo encargado

⁵⁹ Adolescencia: tiempo de decisiones” Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; “Sexualidad Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia” Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA); “Teen Star” Facultad de Ciencias Biológicas de la Pontificia Universidad Católica; “Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)” Escuela de Psicología Universidad de Chile; “Curso de Educación Sexual Integral” Dr. Ricardo Capponi; Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad” Universidad San Sebastián; y “Aprendiendo a Querer” Universidad Católica de la Santísima Concepción.

de ésta (el MINSAL) y con una participación meramente administrativa del MINEDUC (UNFPA, 2012).

En el año 2012, una investigación realizada por el medio digital El Dínamo, acerca del proceso del Fondo de Capacitación en Sexualidad, Afectividad y Género, reveló que uno de los programas patrocinado por el MINEDUC calificaba a la homosexualidad y el lesbianismo como trastornos de la identidad sexual, en abierta contradicción con la ley N° 20.609, de 2012, que establece medidas contra la discriminación. Al revisar los programas, se comprobó que este era el Programa del Centro de Estudios de la Familia de la Universidad San Sebastián, el que se venía desarrollando desde 2006 y había capacitado a 500 profesores de educación básica y media de 36 establecimientos municipales (Miles, 2016). El Ministro de Educación de la época, Harald Beyer, reconoció que hubo “un error y pediremos que se enmiende pues la homosexualidad y el lesbianismo no son un trastorno”, dando por cerrado el tema.

El problema se produce, básicamente, porque se había anunciado que la selección de los programas se llevaba a cabo por un panel de expertos, y la Resolución Exenta N° 04441, de 12 de septiembre de 2011, reconoce que existe una instancia de expertos y profesionales de ambos Ministerios que se constituyeron para evaluar diversos programas y recomendaron siete de ellos. Sin embargo, no se tiene registro de la Comisión de Expertos, no hay datos que permitan conocer los instrumentos de evaluación y cuáles fueron las directrices más allá de lo definido desde la política pública y que, según lo declarado en los medios de prensa, sería la prevención del abuso sexual y la disminución de los embarazos en adolescentes (Miles, 2016).

Por otra parte, la evaluación del Fondo de Capacitación en Sexualidad, Afectividad y Género, quedó en manos del Ministerio de Educación, pero al ser consultados, la División de Educación General, da cuenta que: “(...) la capacitación de docentes en las áreas referidas, consistió que la Secretaría de Estado financió a los establecimientos para que contrataran el programa sobre afectividad y sexualidad que estimaran acorde a sus respectivos proyectos educativos (expertos externos) y, directamente, contrataran los servicios de capacitación para dos docentes de los establecimientos”. En síntesis, el Ministerio de Educación no cuenta con una evaluación de dicha estrategia (Miles, 2016).

Recién para marzo del año 2013, mediante el Decreto N° 49 del Ministerio de Salud⁶⁰, firmado por Jaime Mañalich, se aprueba el reglamento de la ley N° 20.418 del año 2011, para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad. Sin embargo, el reglamento reduce el derecho de toda persona a recibir educación sexual establecido en el artículo 1 de la ley, al derecho a recibir información, de hecho, el artículo 3 del Decreto referido establece que corresponderá a los establecimientos asistenciales del sector salud entregar información completa y sin sesgo acerca de todas las alternativas autorizadas en el país en materia de métodos para la regulación de la fertilidad, la prevención del embarazo en la adolescencia, de las infecciones de transmisión sexual y de la violencia sexual. De esta manera, no recoge el derecho a una educación en la sexualidad, reforzando un modelo biomédico por sobre los otros modelos propiciados por organizaciones de la sociedad civil, organismos de Naciones Unidas o la

⁶⁰ Decreto N° 49, de marzo de 2013, Ministerio de Salud. Disponible en el sitio electrónico: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1049694>

experiencia comparada, al mismo tiempo que se releva a los establecimientos educacionales de la participación en la educación para la sexualidad.

En este contexto, Chile se encontraba en graves dificultades para cumplir con las metas establecidas en la declaración ministerial “Prevenir con Educación”:

- Para el año 2015, reducir en un 75% la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción del Ministerio de Educación que no han institucionalizado la educación integral en sexualidad.
- Para el año 2015, reducir en un 50% la brecha en el número de adolescentes y jóvenes sin cobertura de Servicios de Salud que atiendan, apropiadamente, sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

Para lograr estas metas y asegurar la educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual y reproductiva en las personas adolescentes y jóvenes, la Declaración enfatiza la necesidad de una alianza estratégica entre el sector salud y el sector educación.

La Red Democracia y Sexualidad (DEMISEX), en alianza con la *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*, han realizado permanentes evaluaciones en la implementación del documento ministerial. La última evaluación corresponde al período 2008-2015, donde aparece Chile con un 35% de avance, ubicándose entre los países con menor avance en la implementación, superando a Venezuela (34%), Paraguay (30%), República Dominicana (30%) y Bolivia (24%). Pero al desagregar por ámbitos, el área de educación de Chile se ubica en el último lugar con un 11%, mientras que en salud alcanza un 39% (DEMISEX, 2016).

Según el informe, no se han logrado establecer lineamientos para la planificación del trabajo conjunto entre el MINSAL, MINEDUC y el SERNAM, así como tampoco se ha logrado promover un compromiso real y visible de estos Ministerios y el SERNAM, con la promoción, reglamentación y ejecución de la ley N° 20.418 que Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad (DEMISEX, 2016).

Respecto del Ministerio de Educación, el informe aclara que de las cuatro áreas de acciones programáticas para la Educación Integral en Sexualidad, el Ministerio de Educación obtiene una clasificación deficiente en todas ellas. Esto, pues, si bien ha desarrollado Programas de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género, no ha logrado implementarlos, así como tampoco ha logrado el apoyo de la sociedad civil, y si bien los programas cuentan con un presupuesto específico para su ejecución, no se ha garantizado su implementación en los establecimientos educacionales del país (DEMISEX, 2016).

Por su parte, el MINSAL obtiene, en forma mayoritaria, clasificaciones “óptimas” y “se puede mejorar”. Aunque dos de ellas son reprobadas: Servicios de aborto seguro y campañas de difusión de información sobre sexualidad saludable enfocadas en jóvenes. Además, no ha implementado campañas públicas de alto impacto sobre VIH/SIDA para capacitar y sensibilizar a madres y padres de familia respecto la prevención de VIH y sobre una educación integral en sexualidad.

Durante el gobierno de Michelle Bachelet, el tema de la educación sexual queda a un nivel declarativo, trabajándose fundamentalmente en los objetivos transversales y en asignaturas de ciencias naturales y biología. Según señaló Leonardo Arenas (AHF Chile), en una entrevista para el medio el Dínamo, en el

gobierno “(...) no hay claridad de qué es un programa de educación sexual. El Ministerio de Educación lo ha entendido como que ya está, en el programa de Ciencias Naturales y Biología en sexto y segundo año. Pero no puede haber un programa de educación sexual en ciencias naturales⁶¹”.

Dentro del Programa de Apoyo a la Retención Escolar (PARE), ejecutado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), era posible desarrollar actividades de prevención en temáticas de salud sexual y reproductiva del adolescente, enfocado a disminuir el embarazo y posterior abandono del sistema educacional en los jóvenes. Las posibilidades de estas acciones están definidas en los Términos de Referencia del año 2015-2016 y asociadas a actividades mínimas a realizar por la entidad ejecutora (Miles, 2016).

Con motivo del Día Internacional de Lucha contra el Sida (1 de diciembre de 2015), donde la Ministra de Salud dio a conocer que su Cartera estaba trabajando con el Ministerio de Educación para “(...) retomar lo que existió en su momento, que son las acciones de educación sexual y afectividad”. A su vez, el Ministerio de Educación, confirmó que “(...) en septiembre se constituyó un equipo de trabajo conformado por representantes de ambos Ministerios y de la Superintendencia de Educación para levantar un diagnóstico sobre la implementación de los planes de sexualidad, afectividad y género, que por ley son obligatorios en enseñanza media”. Para finales del 2016, no había información de estos planes (Miles, 2016).

Con la llegada de un nuevo gobierno de Sebastián Piñera, llega también un nuevo programa de educación en la sexualidad. Según declara el jefe de la Dirección de Educación General del Ministerio de Educación en la Comisión Investigadora del VIH/SIDA ⁶² ha habido varias iniciativas en el marco de la educación en sexualidad:

a) En el año 2018, se confeccionaron las orientaciones para el diseño y elaboración de un Programa de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género (entregado a 5.000 establecimientos del país y disponible en la página web de convivencia escolar), las cuales se abordan conforme a la autonomía de los establecimientos educacionales, en concordancia con los valores y sellos educativos expresados en cada Proyecto Educativo Institucional (PEI). Estas orientaciones no prescriben acciones a realizar, sino que proponen acciones pedagógicas que permitan dar cumplimiento al principio de no discriminación que establece la ley N° 20.370 LGE, así como a la obligación que establece la ley N° 20.418 para que los establecimientos de enseñanza media cuenten con Programas de Sexualidad, Afectividad y Género.

b) La prevención del VIH/SIDA e ITS son abordadas en el currículum y se han identificado e informado las unidades que las contienen en cada asignatura, las que básicamente son Orientación en 8° básico y 1° medio (unidad 1), ciencias naturales en 7° básico (unidad 4) y en los Objetivos de Aprendizaje Transversales (dimensión afectiva) en Básica y Media. En el 2018 se confeccionó el documento Oportunidades Curriculares para la educación en sexualidad afectividad y género

⁶¹ La compleja y triste historia de la educación sexual en Chile. El Dinamo, 23 de agosto 2017. Recuperado el 30 de abril, 2019 de: <https://www.eldinamo.cl/educacion/2017/08/23/la-compleja-y-triste-historia-de-la-educacion-sexual-en-chile/>

⁶² Presentación del Ministerio de Educación en sesión celebrada el 22 de abril de 2019 ante Comisión Especial Investigadora VIH/SIDA.

(entregado a 5.000 establecimientos del país y disponible en la página web de convivencia escolar).

c) Conversatorios sobre VIH/SIDA en establecimientos educacionales de enseñanza media o grupos de establecimientos que acepten voluntariamente participar y ser sede del evento; dirigidas a alumnas y alumnos de segundo medio, ejecutadas en dos etapas: Primera Etapa, 40 eventos entre marzo y mayo, de 2019, en Regiones de mayor aumento en su transmisión (Metropolitana, Tarapacá, Antofagasta, O'Higgins, y Araucanía). Segunda Etapa, 60 eventos entre junio y diciembre, de 2019, en el resto de las regiones.

La unidad ejecutora es la Universidad de la Frontera, Departamento de Salud Pública, que concurre con profesionales de la salud jóvenes y se trabaja en modalidad de taller grupal. Se utiliza como contenido las herramientas creadas por MINSAL para este trabajo entregado al MINEDUC.

d) En colaboración con el MINSAL para el Plan Nacional de VIH: Capacitación para 5.000 docentes de 5° básico a IV medio, en estrategias de prevención, mediante Curso *on line* "Capacitación en VIH/SIDA e ITS" de 52 horas pedagógicas. Este curso es diseñado e implementado por el Ministerio de Salud y, al finalizar, se ofrecerán orientaciones prácticas para la implementación de estas estrategias en la sala de clases.

e) Actualización de información sobre programas de sexualidad. Actualmente, hay 3 programas vigentes con sus respectivos documentos descriptivos en la web de convivencia escolar.

- Teen Star • Institución: Universidad de Chile • Dirigido al primer nivel de transición (pre-kínder) a 4° medio, así como a jóvenes de educación superior. • Grupo objetivo: estudiantes, docentes y apoderados.

- Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS) • Institución: Universidad San Sebastián • Dirigido desde 1° básico a 4° medio. Se está extendiendo a kínder y pre-kínder. • Grupo objetivo: docentes, asistentes, UTP y encargado de convivencia.

- Programa de Educación en Sexualidad, Afectividad e Inteligencia Emocional • Institución: Fundación Centro de Educación Sexual Integral (CESI) • Dirigido desde kínder a IV medio. • Grupo objetivo: psicólogos, encargado de convivencia, equipos directivos, docentes y apoderados.

Actualmente, se está llevando a cabo un levantamiento de información. El 5 de diciembre de 2018 se envió un Ordinario a 2.187 sostenedores que cuentan con establecimientos que imparten Educación Media (subvencionados, municipales y particulares), con el objetivo de solicitar información sobre si sus establecimientos cuentan o no con Programas de Educación Sexual para dicho nivel, primer canal un email, y segundo canal Declaración Anual del Sostenedor Subvencionado, donde se incluyó la siguiente pregunta:

"En virtud de la obligación contenida en el inciso 4° del artículo 1 de la ley N° 20.418, ¿Mantiene actualmente dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual, el cual, según sus principios y valores, incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta en conjunto con los centros de padres y apoderados?"

Se ha recibido el 88% de las respuestas de las cuales el 85% ha contestado afirmativamente, y 15% sostuvo “no contar con un programa”. A este último grupo se les ha orientado sobre qué hacer al respecto, sobre la base de la normativa existente.

También se instruyó el Plan Anual de Fiscalización del 2019 (RES. EX. 080), en el que, particularmente en el Programa Especial de Apoyo al Sostenedor, se implementó un procedimiento específico para orientar a los establecimientos que, durante el proceso de consulta, sostuvieron no contar con un Programa de Educación Sexual para Educación Media. Este plan de fiscalización está destinado a guiar a 600 establecimientos aproximadamente, con el objetivo de que durante el año escolar 2019 cumplan con la normativa que rige dicha materia.

Adicionalmente, sostuvo se elaboraría un análisis de campo con una muestra de aquellos establecimientos que respondieron afirmativamente la consulta, con el propósito de obtener mayor información cualitativa de los Programas de Sexualidad que se están efectuando en los niveles de media que imparten. Para esto, la Superintendencia contará con el apoyo de la Agencia de Calidad de la Educación, a quienes se les enviará una muestra sobre lo recién descrito, para que puedan recabar la información correspondiente.

III.- RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO

Para dar cumplimiento a lo encomendado por la H. Corporación, la Comisión realizó un total de trece sesiones y abordó su tarea sobre la base de un plan de trabajo propuesto por los diputados y diputadas miembros de ella. En virtud del mismo, durante su funcionamiento, citó y escuchó a los siguientes personeros, tanto del ámbito público como del privado, quienes la ilustraron sobre aspectos legales, técnicos y administrativos del problema⁶³:

PERSONAS RECIBIDAS POR LA COMISIÓN

1. Emilio Santelices Cuevas, Ministro de Salud⁶⁴. Señaló que al revisar los antecedentes de los años 2010 a 2018, en cuanto a las tasas y a los nuevos diagnósticos de VIH en Chile, se observa que van aumentando progresivamente y, particularmente, hay un aumento constante en el tiempo en las tasas de los hombres por sobre las mujeres. La relación hombres-mujeres, al igual como ocurre en la mayor parte del mundo, es de 5 a 1 aproximadamente.

Por otro lado, advirtió que se trata de una problemática que especialmente afecta a personas, entre 19 y 39 años, y aunque esta tendencia ha sido permanente se ha incrementado en los últimos años. A diferencia de lo que ocurre en el resto del mundo en que las estrategias utilizadas han logrado disminuir las cifras, sin embargo en Chile en diez años prácticamente se ha duplicado el crecimiento de pacientes que viven con VIH.

⁶³ Este acápite constituye un extracto de las exposiciones de los diversos invitados a la Comisión y las versiones taquigráficas están disponible en las actas de las sesiones en el sitio electrónico https://www.camara.cl/trabajamos/comision_sesiones.aspx?prmlD=2221

⁶⁴ Fue Ministro entre el 11 de marzo de 2018 y el 13 de junio de 2019 (antes de que el mandato de esta Comisión Investigadora terminara).

Explicó que al desagregar toda la información en variables, lo que es fundamental para el desarrollo de la política pública, como la edad, el género, el origen y la procedencia, se pudo observar que en el año 2015 se registraron 88,5% pacientes nacionales y 9,2% extranjeros y en el año 2018 alcanzó a 62,4% de nacionales y 37,1% de extranjeros.

Continuó expresando que al analizar por tasas ajustadas en relación con las tasas por 100.000, cuestión importante porque se deben comparar dos poblaciones que en términos de universo son distintas, se observa que la tasa ajustada de ambos sexos de casos confirmados en los dos últimos dos años ha alcanzado en el caso de los chilenos 25,9 por 100.000, con 0,1 punto de diferencia porcentual, y en el caso de los extranjeros 70,9 por 100.000 para el primer año registrado, y en 2018 es de 127 por 100.000. Agregó que no es posible encontrar información de años anteriores respecto de personas de otras nacionalidades pues recién se empezaron a registrar datos el año 2015.

Una recomendación de ONUSIDA a partir de 2017 a los países que reciben población migrante consiste en preguntarles al momento de hacer el diagnóstico si tienen conocimiento de dónde adquirieron el VIH, se ha puesto en práctica en Chile en los dos últimos años, observándose que en el año 2017 52% de los extranjeros señalaron que adquirieron VIH en otros países, que no necesariamente es el de su de origen, cifra que se incrementó a 60% en el año 2018.

Respecto a las tasas de mortalidad, precisó que experimentaron un incremento dramático en los años '96 y '97, época en que el VIH era una enfermedad mortal, alcanzando sobre 5,9%, siendo más alta en el caso de los hombres. Posteriormente las tasas se estabilizan, y desde el año 2005 se han mantenido en niveles que oscilan, para ambos sexos, entre 2,5%, 2,9% y 3,1%.

Agregó que al asumir el actual gobierno se inició un trabajo técnico intenso para dar curso al Plan Nacional de VIH, se recibieron las observaciones de las organizaciones de la sociedad civil y de distintas autoridades que hacían ver que faltaba desarrollar un plan, es decir se entendió que este no era un problema político, sino de salud pública. Así, en el Ministerio se generó un equipo que abordó el tema desde salud, pero también desde el intersector para dar curso a este plan que ha ido evolucionando.

Explicó que han consultado con especialistas de ONUSIDA, referente internacional para esta materia y han enviado a especialistas a los distintos foros para recoger experiencias, han buscado en los especialistas nacionales de la sociedad de infectología, teniendo presente que dentro de ella existe un subgrupo especialmente dedicado al VIH.

Sostuvo que dada la magnitud del desafío, como gobierno, no han dejado de golpear ninguna puerta ni de escuchar a ningún actor para ir mejorando, perfeccionando e intensificando este plan, cuyo objetivo general es disminuir la transmisión del VIH y de ITS.

Por otro lado, señaló que se ha observado un incremento en otras enfermedades de transmisión sexual, como gonorrea, sífilis o clamidia, que afectan preferentemente a las mujeres y que tiene efectos colaterales como infertilidad. Asimismo se han reportados casos de tuberculosis que no tienen una presentación clínica evidente, es decir avanza de manera silenciosa.

Como otro objetivo sostuvo la disminución de la morbimortalidad por VIH SIDA, para lo que se ha facilitado el acceso oportuno al diagnóstico, control y tratamiento, con objetivos específicos que permitirán abordar y avanzar a ciertos objetivos generales como promover la salud sexual, la intersectorialidad y la participación social.

La promoción de la salud sexual tiene que ver con la educación pero desde un ámbito sanitario en que se debe profundizar en términos de transmitir un mensaje claro y nítido sobre la necesidad de tener sexo seguro.

Lo segundo, y consecuencia de lo anterior, es prevenir el VIH a través del uso de preservativos. Según distintas encuestas, su uso ha disminuido y señalan cifras de 14%, otras de 10% y hasta 20%, pero, en definitiva, el diagnóstico es que el preservativo se ha dejado de utilizar. Solo el 10% de las personas lo usa siempre, el 50% no lo usa nunca y el 30% lo usa a veces. Destacó un estudio elaborado por el Movilh, que utilizaron como insumo, que analizó población de HSH, en que se constató que, a sabiendas de que tienen una mayor prevalencia, un bajo porcentaje utiliza siempre preservativos y un alto porcentaje o no lo utiliza o lo utiliza a veces.

El tercer tema es promover la prevención secundaria, a través del PrEP (*Preexposure Prophylaxis*) en poblaciones clave, donde deben aumentarse la cobertura de los exámenes de pesquisa de VIH y el diagnóstico precoz. Ello porque según ONU SIDA existen en Chile 40.000 pacientes en tratamiento, y ellos tienen un *software* que hace modelos predictivos, que permiten inferir, por una serie de variables, cuál es la población en presencia de la incidencia y la prevalencia, y pueden establecer cuánta es la población que se estima que en Chile vive con VIH sin saberlo. Según ellos, en Chile habría alrededor de 30.000 personas que desconocen que viven con VIH y de ahí la importancia de ir a buscar este foco.

Recordó que la OMS definió como estrategia el 90-90-90, es decir, los países deben acercarse a que exista 90% de conocimiento de la población que vive con VIH, que el 90% tenga tratamiento y, de este, que el 90% sea cero negativo. Al respecto, indicó que en Chile el desafío consiste en alcanzar el primer 90, y en razón de ello, facilitar el acceso y el diagnóstico precoz, es clave.

Otros objetivos son garantizar los antirretrovirales y disminuir los efectos colaterales y promover líneas de acción orientadas a disminuir el estigma y la discriminación asociada al VIH. Eso es clave, pues el mensaje que se quiere transmitir y que la sociedad debe entender que es una enfermedad crónica, como cualquier otra, y a partir de eso, se desprenden otros mensajes, como que el VIH lo puede adquirir cualquier persona. Por consiguiente, como cualquier enfermedad crónica, el elemento más importante es la prevención, fortalecer la información estadística, la vigilancia epidemiológica, y disponer de indicadores y monitoreo.

En relación con el fortalecimiento de la red, explicó que en este período se ha promovido el acceso oportuno y la calidad de la atención de las personas que viven con VIH; se ha intentado reducir la transmisión vertical, la morbilidad y mortalidad asociadas; optimizar la coordinación y el trabajo de las redes integradas de los Servicios de Salud, aumentar el acceso al diagnóstico y la vinculación temprana al proceso de atención de especialidad. Es decir, por un lado, salir a buscar y, por otro, abrir las puertas para que la gente llegue y una vez que se detecta que se vive con VIH, vincular a los equipos de salud para el inicio precoz del tratamiento.

En marzo de 2018, se implementó el decreto modificatorio para el VIH, a fin de ampliar la canasta GES de antirretrovirales para todos los pacientes. Se actualizó el arsenal terapéutico, que era un problema, porque como no estaba actualizado, había muchos enfermos que, por efectos colaterales, dejaban el tratamiento. Sin embargo, actualmente se dan tratamientos de última generación, se definieron distintos esquemas terapéuticos, dado el tipo de problema y los perfiles de población. Por otro lado, se cuenta con 40 centros de atención a lo largo del país. En 2018 se incorporaron cuatro centros, el de La Florida, el de Cordillera, el Hospital Padre Hurtado y, desde el 4 de febrero de 2019 el de Maipú.

En relación con el presupuesto, sostuvo que se incrementó respecto del Plan Nacional hasta llegar a 113.000 millones de pesos.

Afortunadamente, una serie de gestiones contribuyeron a aumentar las coberturas, modernizar las terapias y también generar una cobertura adicional para un potencial crecimiento de tratamientos de 25% de la población. Es decir, se está previendo 10.000 nuevas personas con VIH en tratamiento. Esto se logró porque, por un lado, se negoció con la industria, lo que permitió ahorrar 18.000 millones, y, por otro, se logró un acuerdo con el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la compra de otro conjunto de medicamentos, lo que significó un ahorro de 12.000 millones. Entonces, en la práctica, al presupuesto se inyectaron 30.000 millones, lo que permitió hacer los cambios a medicamentos de última generación y aumentar las capacidades en la eventualidad de mayor demanda.

Aseveró que el PrEP constituía otro desafío en el que se está trabajando con el programa, pues la idea es entregar tratamiento pre- y post exposición a población de riesgo.

Explicó que existían criterios entregados por la OMS en cuanto a la existencia de una población en condiciones de vulnerabilidad, esto es, personas sin VIH que viven con personas con VIH, y personas que en los últimos seis meses han sufrido infección por clamidia, además de otras indicaciones muy precisas consignadas en sus normas, que han sido recogidas en los esquemas de tratamiento. Asimismo han establecido que se debe considerar que se trata de una terapia en sí misma, no una profilaxis, pues es precisamente para una población bien indicada, donde tiene que haber seguimiento clínico, indicación y prescripción, porque también hay efectos colaterales.

Precisó que no sólo se ha avanzado en temas de educación sino que también en la disponibilidad de los preservativos, donde hay dos grandes líneas, los preservativos masculinos y los femeninos. En el año 2017 se compraron 6 millones de preservativos masculinos, en 2018, 21 millones y este año 22 millones y se comenzó con la compra de 1 millón de preservativos femeninos, con la idea inicial de entregarlos solo en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) a la “población de riesgo”, al igual que los condones masculinos, pero están evolucionado porque existe gran demanda de parte de la población, que no es precisamente de las mujeres en riesgo.

Indicó que otro eje fundamental consiste en instalar el test rápido, que no estaba disponible en Chile, sin embargo se partió por los CESFAM que han sido cubierto en un 99% de las comunas, además lo han incorporado en consultorios generales, en más de 500 postas rurales de alrededor de 1.100 que existen en Chile, y en hospitales de baja complejidad. O sea, los test rápidos están disponibles en más

de 1.200 dispositivos sanitarios en el ámbito más local. Precisó que entre septiembre de 2018 e inicios de marzo de 2019 se realizaron intramuros alrededor de 43.000 test y convenios con las 18 universidades estatales para realizar campañas y tomas de test rápido.

En relación a la campaña de verano informó que se han realizado 21.300 test y que en dos meses se sobrepasaron la mitad de todo lo que tenían el año pasado, lo que da cuenta que el paso siguiente consiste en generar una cultura sobre la conveniencia de practicarse el test rápido todos los años. Enfatizó que la incidencia a los reactivos que se tuvo fue de 0,3%, y la persona que aparecía positivo se le tomaba una muestra de sangre, que se mandaba al ISP, para tener la confirmación dejándose el registro para ubicar a esas personas y mantenerlas adheridas al sistema.

Recordó que el número de incidencias en Chile es aproximadamente de 0,54%. A partir de ese dato se debe estudiar la razón por la cual el grupo anterior registra menos incidencia. Señaló que en los CEFAM se registró menor incidencia que la nacional porque mayoritariamente las mujeres se realizaron el test, y son el grupo que registra menor prevalencia de “contagio”.

Indicó que a través de las SEREMIS se hizo un llamado a todas las organizaciones certificadas como tales, para que con fondos ministeriales dispuestos para este propósito y con un presupuesto de \$4.000.000 para cada una, en un período de tres meses y disponiendo de los test rápidos del Ministerio, puedan hacer el test en las poblaciones que identifiquen como objetivo y que no hayan sido capturadas en el test masivo que se está realizando y evaluando.

Respecto de los pueblos originarios, indicó que en el año 2018 se convocó a la Red Nacional de Pueblos Originarios (Renpo) a reuniones para analizar y diseñar el Plan Nacional y se instruyó a los SEREMI y a los Servicios de Salud que trabajaran con las organizaciones a nivel local. También se trabajó con la comunidad indígena en el encuentro de liderazgo juvenil, a través de la organización Renpo y la SEREMI Metropolitana, con pertinencia intercultural para reconocer la manera en que pueden generar material educativo y llegar a esos subgrupos.

Durante este período, además de fortalecer el trabajo con la educación, han adoptado acuerdos con las Fuerzas Armadas para abordar a los soldados, con el Ministerio de Justicia y con Gendarmería de Chile para llegar a la población privada de libertad, con el Ministerio de Agricultura para acercarse a los temporeros y con el INJUV y de esta forma se partirá con un nuevo operativo, un dispositivo en el barrio República y otros barrios universitarios.

Concluyendo la etapa *spot*, que consistió en hacer test rápidos y en crear conciencia sobre este, la siguiente tarea es incorporar la conducta de hacerse el test rápido anualmente. La segunda etapa consiste en el trabajo interministerial y corresponde a aumentar el acceso al preservativo y facilitar su comercialización. Para ello se movilizarán desde la autoridad sanitaria, con el objeto de visibilizar este gesto, de modo que se sepa que se trata de un dispositivo que está disponible, sin perjuicio de que estará disponible también en los CESFAM, sin embargo tienen conciencia de que los jóvenes no concurren a estos centros por lo cual están adoptando medidas para subsanar aquello.

Indicó que la campaña para este año 2019 irá dirigida a los ejes fundamentales del sexo seguro, como uso del preservativo, realización del test y todas aquellas medidas pertinentes que formen parte de una política pública de salud. El objetivo es, a través de distintos medios, alcanzar una permanencia en el tiempo para generar un cambio cultural que efectivamente contribuya a resolver este problema.

Asimismo, sostuvo que a partir de la experiencia realizada, se estaban evaluando la forma de sistematizar las campañas extramuros. Ahora fue un elemento de *shock*. Han convocado equipos de salud y voluntariado, y a partir de las evaluaciones que haga el equipo técnico, verán la forma en que quedará sistemáticamente establecido el test rápido en distintos lugares y encuentros masivos que existan durante el año. De esa forma, se podrá conocer que tal o cual equipo es el que tiene que determinar el encuentro y tenerlo calendarizado, de modo que el test rápido esté disponible de forma fácil y amigable, pero también muy sistemáticamente, porque se debe rescatar a quien arroje un resultado positivo, con el propósito de hacerle seguimiento.

Reconoció la necesidad de fortalecer la aplicación de los test rápidos en la atención primaria de salud (APS) y en el trabajo con la sociedad civil, así como la importancia de elaborar un estudio de comportamiento sexual de los jóvenes, lo que es clave para tener completos los antecedentes y poder elaborar los instrumentos educativos y los mensajes que deberán construirse al respecto. Ese estudio está en etapa de diseño, para poder desarrollarlo durante este semestre.

Se consultó al Ministro las siguientes materias:

1) Por qué se instaló la idea de que los migrantes eran los responsables del alza del VIH en el país.

Precisó que no ha existido ninguna insinuación de la autoridad, en el sentido de que el incremento del VIH se debe a los pueblos migrantes. Al respecto, indicó que como entidad sanitaria, deben recoger toda la estadística y ella nos señala que existen distintos grupos vulnerables. Así entre los años 2017 y 2018 el ISP registró 1.130 nuevos pacientes con VIH en Chile, al desagregar la cifra el incremental - aumento entre un año y otro – registra que la mayor parte de esos pacientes son extranjeros. A continuación, señaló que se produjo un nuevo cambio de perfil epidemiológico, en el cual tienen que asociar un nuevo grupo para hacer la focalización de las estrategias.

Indicó que a Chile han llegado distintas culturas, que tienen distintas percepciones de riesgo y diferentes tradiciones sanitarias y en ese sentido se han acercado como Ministerio para, por ejemplo, informarles a las mujeres que deben controlar sus embarazos y en el caso que tuvieran VIH positivo, ofrecerles distintas soluciones.

2) Por qué se instaló la idea de que el uso de la píldora del día después era responsable del alza del VIH en el país.

Indicó que como Ministerio eso no lo habían afirmado, no obstante se dijo que cuando apareció la píldora para evitar el embarazo, se dejó de usar condón. Opinó que la discusión se instala en cómo como sociedad somos capaces de

transmitir que el tema que nos amenaza tiene que ver con que los jóvenes tengan sexo seguro y que se eduquen, usen condón y se protejan.

3) Sobre el trabajo realizado con el Ministerio de Educación en educación sexual y prevención del VIH, y estado de dictación de reglamentos de la ley N° 20.418.

Señaló que por ley existe una educación sexual que se tiene que hacer en los colegios y desde los colegios. Así, el Ministerio, de cierta forma, mandató al Ministerio de Educación, y le han pedido a la Ministra de Educación que levante un informe que indique la situación actual y asimismo se le solicitó que se profundice en la educación sexual.

4) Razones por las cuales los test rápido no están en las farmacias y si ello es un problema de las empresas farmacéuticas, de distribución, o de precio. Asimismo, cuándo estará disponible en establecimientos de libre venta, tales como botillerías, discotecas o pubs.

Señaló que los organismos internacionales han expresado que el autotesteo es el siguiente paso, pero primero se tiene que instalar en la conciencia colectiva la importancia de realizarse el test, pues no es solo para saber si se tiene o no SIDA sino que, además, conlleva adherir a un sistema que lo va a capturar, para control y tratamiento. Al respecto, se ha dicho que se instalen primero el test rápido, de modo que después se instale el autotesteo, y de ahí vendrá el tema de dejarlos en la farmacia, para el acceso general.

5) Cuántos de los test rápido realizados durante la campaña de verano, con resultados de 0,3%, resultaron verdaderos positivos, y como ha sido la vinculación con la sociedad civil para alcanzar las cifras que, se estima, que hay en el país.

Informó que respecto del coeficiente de correlación entre test rápido y confirmación, la literatura dice que es sobre el 90%, es decir, que cuando se hace un test que es reactivo, lo es en un 90%, pero en la práctica se ve que en distintas muestras –en Chile todavía no- es de 50 a 60%. Para explicarlo mejor, de un grupo de test rápido, el 60% va a ser confirmado positivo. Por eso desde el Ministerio insisten en que el reactivo es solo eso y por eso hablan de reactivo, no de VIH.

6) Disponibilidad de infectólogos a nivel país, dado lo difícil que es conseguirlos, a costo de valor público.

Indicó que han tenido una muy buena disposición de la Sociedad de Infectólogos y que están comprometidos con el programa. Agregó que el programa pediátrico que existe en Chile es de los mejores programas de VIH en el mundo.

7) Atendido que el gasto en antirretrovirales es de los fármacos más costosos que paga el Ministerio y lo que significará el aumento de pesquisas, se ha pensado en intervenir las patentes de esos medicamentos o generar alguna exención tributaria. Asimismo, si hay seguridad en la disponibilidad de la terapia antirretroviral.

Respondió que en cuanto al tema de las patentes, los precios que están obteniendo les permitirán ahorrar 30.000 millones, es decir se obtienen precios de

genéricos, y en relación con el presupuesto para el año 2019, informo que no disminuyó, sino que aumentó en 5.000 millones.

8) Sobre test rápidos, cuál es el estado de situación, si ha sido eficiente su aplicación en atención primaria, y cómo podría cumplirse la afirmación que entre 2018 y 2019 se aplicarían 1.650.000 test en el país.

Señaló que, efectivamente, tienen la esperanza de seguir avanzando en el tema de los test rápidos, pero esto involucra un proceso de aprendizaje que tendrán que continuar desarrollando durante el año 2019, por lo que la cifra final solo podrá conocerse en diciembre. Sin embargo, advirtió que en la medida en que se genere un cambio de comportamiento, el proceso se debería acelerar de manera exponencial.

2. Jaime Mañalich Muxi, Ministro de Salud⁶⁵. Explicó que el VIH se contagia a través del semen, la sangre, las secreciones vaginales y la leche materna. Estos son los fluidos corporales que presentan una concentración del virus suficiente como para infectar a una persona. Por tanto, hay tres vías mediante las cuales el virus del sida sí se contagia:

Vía vertical (madre-hijo): cuando la madre es seropositiva se puede producir la transmisión del virus durante el embarazo, el parto y la lactancia. Lo que ha ido en retroceso en Chile.

Vía sanguínea: se produce al compartir cualquier material que haya estado en contacto con sangre de una persona infectada y que pueda ponerse en contacto posteriormente con la sangre de una persona sana, puede tratarse de jeringas, agujas. Agregó que el riesgo de transmisión a través de las transfusiones de sangre actualmente es muy bajo, gracias a los grandes controles que se realizan a la sangre donada.

Vía sexual: mediante el contacto sexual, ya sea vaginal, anal u oral; siendo el anal el que presenta un mayor riesgo por la delicadeza de los tejidos y la facilidad con la que se pueden producir heridas.

Partiendo de esto, hay una serie de colectivos que presentan un mayor riesgo de contraer el VIH: recién nacidos de madres con VIH que durante el embarazo no recibieron ningún tipo de terapia; drogadictos que comparten agujas para inyectarse drogas por vía intravenosa; y personas que mantienen relaciones sexuales sin preservativo.

El foco está en “poblaciones de riesgo”, HSH, trabajadoras y trabajadores sexuales y transgénero.

Señaló que la situación que se vive hoy día es muy diferente a la que se vivía hace quince o veinte años. En ese período adquirir esta enfermedad significaba en la práctica una condena a muerte, por la inmunodeficiencia. Actualmente la situación es distinta y aunque no hay cura para el VIH, pero un buen tratamiento con antirretrovíricos seguido al pie de la letra aminora la evolución hasta casi detenerla. Cada vez más “personas infectadas” por el VIH, incluso en países pobres, pueden permanecer en buenas condiciones y ser productivas por periodos prolongados. Actualmente la OMS recomienda que todas las personas con VIH y aquellas que corren riesgos considerables reciban tratamiento.

⁶⁵ Fue nombrado el 13 de junio de 2019.

Recientemente se ha publicado 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, tienen prácticamente cero posibilidad de que contagien a otro, al punto que han aparecido trabajos recientes en que se hacen la pregunta si es necesario que las personas que tienen carga viral indetectable sigan usando preservativos en el momento de su actividad sexual.

Indicó que un reciente trabajo sobre promedio mundial, con mucha base en África, concluyó que las personas que no tenían conocimiento de que estaban viviendo con VIH, son responsables del 38% 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% 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%.

Enfatizó en que aquéllas personas que están viviendo con VIH, que lo saben, y que tienen supresión de la circulación del virus, la posibilidad de que transmitan la enfermedad es cero.

Indicó que durante el primer gobierno de Sebastián Piñera se intentó llevar adelante como estrategia fundamental de prevención, identificar a quienes viven con el virus y ponerlos en un buen tratamiento.

Sobre las metas 90-90-90, comentó que el compromiso parte por este primer 90% y que significa que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, señaló que, de acuerdo a las cifras actuales, todavía falta que el 72% de las personas que viven con VIH lo sepan. Esto significa que estamos a 13 mil casos de cumplir con la meta de ONUSIDA y el desafío es encontrar a estas personas lo antes posible. Ojalá llegar a 10 mil nuevos casos encontrados este año, pues solo así se podría alcanzar la meta planteada por la organización.

Para lograr estas cifras, el Ministerio planteó poner un mayor énfasis en la prevención, modificando planes educacionales en un trabajo conjunto con el Ministerio de Educación.

Reiteró la necesidad de contar con toda la colaboración para permitir que esas personas que viven con el virus lo sepan, para que accedan al tratamiento gratuito, mediante el AUGGE y una vez que estén en tratamiento, todos tengan una supresión viral. Esto significa que no solo se previene que desarrollen SIDA, sino que también no transmitan el VIH.

3. Marcela Cubillos Sigall, Ministra de Educación. Sobre los nuevos planes de educación, precisó que en se presentó a tramitación un proyecto de ley para modificar la ley N° 20.418, que Fija Normas Sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad, que establece la obligación para contar con Programas de Educación Sexual, a partir de 5° básico.

Esta obligación, deberá regir para todos los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado, de acuerdo al proyecto educativo de cada establecimiento, sus convicciones y creencias, y siempre con la participación de los respectivos centros de padres y apoderados.

Indicó que expresamente se señala que, igual como hoy respecto de 1º medio, se deben respetar los programas que determinen los proyectos educativos, y se establece que se deben incorporar contenidos que propendan al adecuado desarrollo afectivo, a una sexualidad responsable y que se informe, de manera completa, los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados que aborden la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el embarazo adolescente y el abuso sexual.

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

Manifestó que para el Ministerio es fundamental este cambio en la legislación, aun cuando están incorporadas al desarrollo curricular las medidas de prevención a lo largo de toda la etapa escolar, pues es imprescindible contar con programas especiales de educación sexual.

Comentó que solicitaron a la Superintendencia de Educación que fiscalizara si los sostenedores de colegios que imparten educación media estaban cumpliendo con la obligación de tener programas de educación sexual, obligación legal a partir de primer año medio y el 85% de los establecimientos contestó afirmativamente y el 15% sostuvo no contar con ningún programa. Por consiguiente, la Superintendencia está orientando a esas escuelas con los pasos que deben seguir, de acuerdo con la normativa vigente.

Sostuvo que la actual legislación -que exige que todos los colegios tengan a partir de primer año medio programas especiales de educación sexual- aborda de manera tardía este tema.

Hizo presente que consideran fundamental no alterar lo que se señalaba, en cuanto a que las comunidades educativas tienen que tener una opinión respecto de los programas de educación sexual, pero esos programas tienen que tener un mínimo establecido por ley frente a un problema evidentemente de salud pública como es el VIH y las enfermedades de transmisión sexual.

A mayor abundamiento, precisó que se deben entregar herramientas para que los jóvenes tengan una educación sexual integral, de tal suerte que, puedan abordar de mejor manera diferentes situaciones. Los programas deberán incluir, de acuerdo con una minuta elaborada por las Carteras de salud y de Educación, contenidos para un adecuado desarrollo afectivo, un ejercicio responsable de la propia sexualidad, así como también para la prevención de ETS y del abuso sexual.

4. Raimundo Larraín Hurtado, jefe de la Dirección de Educación General del Ministerio de Educación. Informó que como Ministerio de Educación estaban impulsando ocho acciones en materia de prevención del VIH Sida y de educación sexual.

Detalló que durante el año 2018, se confeccionaron las orientaciones para el diseño y elaboración de un Programa de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género (entregado a 5.000 establecimientos del país y disponible en la página web de convivencia escolar), las cuales se abordan conforme a la autonomía de los establecimientos educacionales, en concordancia con los valores y sellos educativos

expresados en cada Proyecto Educativo Institucional (PEI). Estas orientaciones no prescriben acciones a realizar, sino que proponen acciones pedagógicas que permitan dar cumplimiento al principio de no discriminación que establece la ley N° 20.370 LGE, así como a la obligación que establece la ley N° 20.418 para que los establecimientos de enseñanza media cuenten con Programas de Sexualidad, Afectividad y Género.

Agregó que como Ministerio de Educación, a través del equipo de supervisión, distribuido en todas las provinciales de Educación, se apoya a las escuelas en la implementación de estas orientaciones para la elaboración y diseño de programas de educación en sexualidad afectiva y género. Lo anterior está complementado por la implementación de una nueva forma de trabajar la educación sexual a partir de las oportunidades que ofrece el currículum, es decir que no queda circunscrito a ciencias sino que los profesores deben abordarlo de manera transversal, aprovechando distintas oportunidades que hoy ofrece el currículum, pues cuenta con objetivos transversales desde primero básico hasta cuarto medio para desarrollar las dimensiones afectiva, espiritual, ética y social de la persona. Estos objetivos están establecidos en el currículum, y las escuelas, sobre la base de su proyecto educativo, pueden trabajarlos transversalmente en las distintas asignaturas, tanto en su horario escolar como en el extraescolar, con los apoderados y en el consejo de profesores.

Explicó que la prevención del VIH/SIDA e ITS son abordadas en el currículum y se han identificado e informado las unidades que las contienen en cada asignatura, las que básicamente son Orientación en 8° básico y 1° medio (unidad 1), ciencias naturales en 7° básico (unidad 4) y en los Objetivos de Aprendizaje Transversales (dimensión afectiva) en Básica y Media. En el 2018 se confeccionó el documento Oportunidades Curriculares para la educación en sexualidad afectividad y género (entregado a 5.000 establecimientos del país y disponible en la página web de convivencia escolar).

Comentó que este año se implementaron conversatorios sobre VIH Sida a lo largo de todo el país con estudiantes de primero y segundo medio y que se ha ejecutado el 100% de la primera etapa, en la que se realizaron 40 eventos entre marzo y mayo en las regiones donde hay mayor aumento del “contagio”, que son la Metropolitana, Tarapacá, Antofagasta, O’Higgins y La Araucanía y se abordará una segunda etapa, en la que planifican realizar 70 conversatorios entre junio y diciembre. El eje central del curso son tres preguntas: ¿qué sabemos sobre el VIH Sida? ¿Cómo podemos prevenirlo? y ¿Cómo se trata y se controla el VIH Sida?

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

Asimismo en colaboración con el MINSAL se abrió el curso denominado: “Enfrentado el VIH Sida y las infecciones de transmisión sexual”, en el que se cerró el primer proceso de inscripción para capacitar a cinco mil directivos, docentes y asistentes de la educación de 5° básico a IV medio, que posteriormente impartirán en sus respectivos establecimientos desde quinto básico hasta cuarto medio poniendo el foco en estrategias preventivas. Durante la primera semana de julio, se abrirá una segunda convocatoria, para otros cinco mil participantes.

Explicó que se ha actualizado la información sobre programas de sexualidad y que actualmente había 3 programas vigentes con sus respectivos documentos descriptivos en la web de convivencia escolar.

Teen Star • Institución: Universidad de Chile • Dirigido al primer nivel de transición (pre-kínder) a 4° medio, así como a jóvenes de educación superior. • Grupo objetivo: estudiantes, docentes y apoderados.

Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS) • Institución: Universidad San Sebastián • Dirigido desde 1° básico a 4° medio. Se está extendiendo a kínder y pre-kínder. • Grupo objetivo: docentes, asistentes, UTP y encargado de convivencia.

Programa de Educación en Sexualidad, Afectividad e Inteligencia Emocional • Institución: Fundación Centro de Educación Sexual Integral (CESI) • Dirigido desde kínder a IV medio. • Grupo objetivo: psicólogos, encargado de convivencia, equipos directivos, docentes y apoderados.

Asimismo, afirmó que se está llevando a cabo un levantamiento de información. El 5 de diciembre de 2018 se envió un Ordinario a 2.187 sostenedores que cuentan con establecimientos que imparten Educación Media (subvencionados, municipales y particulares), con el objetivo de solicitar información sobre si sus establecimientos cuentan o no con Programas de Educación Sexual para dicho nivel, primer canal un email, y segundo canal Declaración Anual del Sostenedor Subvencionado, donde se incluyó la siguiente pregunta:

“En virtud de la obligación contenida en el inciso 4° del artículo 1 de la ley N° 20.418, ¿Mantiene actualmente dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual, el cual, según sus principios y valores, incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta en conjunto con los centros de padres y apoderados?”.

Se ha recibido el 88% de las respuestas de las cuales el 85% ha contestado afirmativamente, y 15% sostuvo “no contar con un programa”. A este último grupo se les ha orientado sobre qué hacer al respecto, sobre la base de la normativa existente.

También se instruyó el Plan Anual de Fiscalización del 2019 (RES. EX. 080), en el que, particularmente en el Programa Especial de Apoyo al Sostenedor, se implementó un procedimiento específico para orientar a los establecimientos que, durante el proceso de consulta, sostuvieron no contar con un Programa de Educación Sexual para Educación Media. Este plan de fiscalización está destinado a guiar a 600 establecimientos aproximadamente, con el objetivo de que durante el año escolar 2019 cumplan con la normativa que rige dicha materia.

Por otro lado, recalcó la alianza con las 18 universidades del Estado de Chile, que se agrupan en el Consorcio de Universidades del Estado de Chile (CUECh). En octubre del año pasado se firmó un convenio de colaboración en materias específicas de prevención y control del VIH Sida. Los compromisos adquiridos por el CUECh y el Ministerio de Salud son promover y facilitar canales de difusión, a fin de promover la salud sexual, y prevenir el VIH Sida y las infecciones de transmisión sexual en estudiantes y trabajadores de las universidades del Estado. Además, el CUECh y el Ministerio se comprometieron a trabajar en el logro de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

Sobre el portal de orientación en educación sexual, que está en pleno proceso de diseño, explicó que se trata de una plataforma que contempla contenido material, como videos, tutoriales, planificaciones y fichas de apoyo, para realizar sesiones de prevención del VIH y formación en sexualidad y afectividad, acorde a la etapa de cada curso.

Adicionalmente, sostuvo se elaboraría un análisis de campo con una muestra de aquellos establecimientos que respondieron afirmativamente la consulta, con el propósito de obtener mayor información cualitativa de los Programas de Sexualidad que se están efectuando en los niveles de media que imparten. Para esto, la Superintendencia contará con el apoyo de la Agencia de Calidad de la Educación, a quienes se les enviará una muestra sobre lo recién descrito, para que puedan recabar la información correspondiente.

5. Ángel González Lamadrid, jefe del Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS. Respecto de las cifras dadas a conocer por ONU/SIDA, explicó que si un migrante fue diagnosticado de VIH en el extranjero, por ley en Chile para poder ingresar a las garantías GES debe ser confirmada por el ISP, con lo que pasan a engrosar el número de migrantes dentro de esta distribución.

Destacó que en el año 2010 se creó el Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/Sida, que antes era CONASIDA; en el año 2013 se actualizó la Guía Clínica, que permitió el acceso universal, por sospecha diagnóstica, al AUGE.

En el segundo periodo, 2014-2018, se compartió los lineamientos respecto de los marcos regulatorios que se han realizado en este período y que incluyen modificación de decretos, creación de guías clínicas o directrices técnicas.

En 2017 se dictó el decreto modificatorio GES, que se implementó en marzo de 2018. Este tuvo 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 para iniciar la terapia antirretroviral. Actualmente, ese es un marcador bastante bajo, pensando que con 200 CD4 ya se considera etapa SIDA. Entonces, con esta modificación se disminuyeron barreras de acceso al tratamiento. Así, una vez que el usuario es diagnosticado, tiene acceso al tratamiento antirretroviral.

La estimación de personas viviendo con VIH la hace ONUSIDA, a través de un paquete matemático, que se llama *Spectrum*. Según éste en el año 2017, 67.000 personas vivían con VIH, de las cuales 46.924 estaban diagnosticadas, lo que equivale a 70%, por tanto hay un 30% de población que vivía, en ese momento, con VIH, que no conocía su estatus serológico y, como gobierno, esto fue un pilar fundamental para tratar de aumentar el diagnóstico. Sostuvo que a través del test rápido como método de tamizaje. Antes, solo existía el método mediante dispositivos instrumentales, el test de Elisa y para tener acceso a este examen, se tenía que concurrir necesariamente, a una institución sanitaria. Tenía que pedir hora con un profesional 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 y se eliminó el concepto de consejería de pretest; por lo tanto, un profesional, independiente de si tenía el curso de consejería, 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 extramuros; 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, tales como recitales, en ferias costumbristas, playas, entre otros, porque hay un marco regulatorio que permite hacer el testeo en esos lugares.

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.

Adicionalmente, de acuerdo con el último modificatorio GES, se actualizaron las canastas de las terapias antirretrovirales. Se invirtió en moléculas de mayor efectividad, concentradas en un comprimido, vale decir, tres drogas en un solo comprimido, lo que facilita la adherencia, disminuye las reacciones adversas y la polifarmacia.

En cuanto a 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 está en proyecto la creación de un protocolo de seguimiento para aquellos usuarios que no han asistido a sus controles de VIH. La idea es que se les haga un seguimiento y lograr la indetectabilidad de manera permanente.

Destacó que dentro de las políticas está el diagnóstico de la población que no conoce su estatus serológico. En cuanto a esto, existe el *test* visual o el *test* rápido de VIH. 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 total de los CEFAM.

Agregó que los consultorios y CEFAM están enfocados en aumentar el acceso de los adolescentes y así la atención primaria de salud está centrada en un ámbito de promoción y de prevención y, por lo tanto, las consejerías en VIH SIDA, están pensadas para modificar las conductas de riesgo, más la entrega de preservativos. Aclara que no se trata solo de entregar un preservativo, porque siempre su entrega va asociada a la educación y a las herramientas para que el usuario tome una decisión con conocimiento.

Explicó que el *test* rápido es un dispositivo que permite mediante una punción del dedo saber el estatus serológico de 15 a 20 minutos. Si este es negativo, lo sabrá en 20 minutos y, si es *test* reactivo, se tomará una muestra sanguínea para que se remita para su confirmación al ISP.

Indicó que del año 2017 al 2018 hubo un aumento tanto del *test* instrumental como del *test* visual. En lo que va del año 2019, la cantidad de *test* instrumental realizado es casi la mitad del año 2018; sin embargo, en los *test* de lectura visual se ha aumentado en casi 3% la cantidad de *test* tomados durante todo el año pasado.

En resumen, el número total de exámenes de VIH en 2017 fue de 637.000; en 2018, 792.000; y en 2019, la mitad de lo que se tomó durante 2018. Durante 3 meses se realizaron 35.039 exámenes, de los cuales el 59% correspondía a mujeres mientras que el 40% correspondió a hombres, alcanzando la población *trans* solo 0.03% y de las 35.039 personas que se tamizaron, 78 fueron reactivas.

En cuanto al trabajo con la población civil, indicó que 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.

Respecto de los pueblos originarios, sostuvo que para el gobierno era fundamental trabajar con ellos, porque internacionalmente están descritos como “población 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 ITS.

Detalló que se están realizando las primeras jornadas nacionales de actualización de VIH/ITS para personas pertenecientes a pueblos originarios. Se han asociado con la OPS, con la OMS y con la CONADI, a fin de llegar a esa “población vulnerable”. No solo se está trabajando con los pueblos indígenas organizados, sino también con la población indígena no organizada, pues generalmente es la más vulnerable.

Reiteró que respecto de los migrantes internacionales en esta materia el VIH/ITS está incluido en el Plan de Acción de Salud y Migración del Ministerio de Salud y que existen líneas de trabajos en el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, 2018-2019. Se desarrolla por lo menos una jornada de difusión de VIH/ITS en todas las regiones del país y se capacitan a las organizaciones migrantes, para implementar iniciativas de educación y acceso a diagnóstico; y se forman profesionales en capacitación en testeo, para que dentro de la misma población migrante se implemente.

Destacó que existen facilitadores interculturales implementados en toda la red de salud del país y que Chile es el único país en Sudamérica en incluir el rol de un mediador intercultural en el sistema público de salud.

Adelantó que se implementará un protocolo de rescate de personas viviendo con VIH que abandonan la terapia antirretroviral, para seguir manteniendo el 90% de las personas con supresión virológica.

Sostuvo que en cuanto a la comunicación de resultados, no basta con diagnosticar al usuario, señaló que tiene que estar informado para que tenga vinculación con el centro asistencial y acceda a la terapia antirretroviral y logre la indetectabilidad.

Explicó que en el sistema público durante el 2018 fueron diagnosticados 4.492 usuarios, 92% fueron informados de su condición serológica y respecto del 8% restante se realizaron todas las estrategias necesarias para ubicarlos; de los usuarios informados, 90% fueron vinculados a una institución sanitaria.

Sobre el PrEP (Preexposure Prophylaxis) precisó que 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, sin embargo antes de entregarlo y generarlo como estrategia, se deben tener presente varios planteamientos. El primero, es que no es un comprimido mágico, por lo que entregarlo a la red sin haber tenido un protocolo previamente establecido, es complejo, porque, es necesario generar cambio de conducta. Por eso, la entrega debe ir asociada con otros mecanismos, como favorecer el uso del preservativo, la educación que permita al usuario hacer una gestión del riesgo propio y entender que si requiere PrEP es porque tiene una conducta de riesgo. Por lo tanto, señaló que deberían existir más profesionales capacitados en inmunoprofilaxis y en otros ámbitos, como en vacunación contra la hepatitis B, que es una infección de transmisión sexual; contra la hepatitis A, que hasta antes del año 2015 se consideraba una infección de predominio entérico, por comer comida contaminada; sin embargo, de acuerdo con los últimos datos y a la curva epidemiológica se asocia a una "infección" de transmisión sexual por prácticas de sexo buco-anal, y en el virus papiloma humano, que tradicionalmente, se recibió inmunoprofilaxis.

Adicionalmente, indicó que han aumentado las tasas de otras enfermedades de transmisión sexual que no son el VIH pues, existe la percepción equivocada de que si se accede al PrEP existen menos posibilidades de contraer otras infecciones, sin embargo, el PrEP protege exclusivamente del VIH, por ello si no se usa preservativo, pero sí el PrEP, hay una alta posibilidad de infección de sífilis, gonorrea, etc. *

Indicó como fecha de implementación del PrEP junio de 2019 y consultado por las razones por las que lo anunciaron para el primer trimestre de 2019, contestó que se tiene que aprender de las experiencias y que entregar una prestación inmadura sería tremendamente irresponsable.

Hizo énfasis en que la PrEP no está pensada para su uso por el público en general, sino que es una estrategia para la población focalizada, aquellos que tiene mayor riesgo de adquirir el VIH. Estos grupos según la OPS son los HSH, las personas trans, quienes ejercen el trabajo sexual y las personas que tiene mayor riesgo de exposición al VIH.

Adicionalmente, tienen que ser mayores de 18 años; 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, 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, las personas que tiene mayor riesgo de exposición al VIH son, por ejemplo, personas que tienen actividad sexual sin preservativo, personas con un historial que muestra repetición de infecciones de transmisión sexual o uso de drogas recreativas dentro del contexto de la actividad sexual.

Asimismo, señaló que como Ministerio no dejarán de fortalecer el acceso a los preservativos y a recalcarlo como método de prevención, y ello 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; a través del fortalecimiento y la aplicación de los test rápido, en APS y en modalidad extramuros; profundizando el trabajo con la sociedad civil, avanzar en la educación, en el trabajo en conjunto con el MINEDUC, aprovechando además la inclusión de la educación sexual desde quinto año de educación básica.

Finalizó diciendo que sin duda uno de los esfuerzos más importantes es seguir avanzando en facilitar el acceso de la población a los test, para detectar la presencia del virus y así se otorgue el tratamiento adecuado para lograr que los pacientes tengan una carga viral indetectable.

6. Johanna Acevedo Romo, jefa del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud⁶⁶. Explicó que al hablar de VIH se debe tener presente que solo se tiene conocimiento de una parte de la información y que existe otra desconocida. Esto ocurre en todas las patologías, por ejemplo, se puede estimar cuántos son los diabéticos en base al número que llegan a hacerse los exámenes y se les diagnóstica, sin embargo hay otro grupo de la población que tiene una enfermedad crónica sin saberlo. No obstante, Chile junto a Uruguay son los únicos países en Latinoamérica que cuentan con diagnósticos centralizados de la patología en el 100% de los casos, lo que permite conocer la realidad de los nuevos casos confirmados.

Explicó que una vez que los pacientes pasan de los procesos de vigilancia epidemiológica y deciden hacerse un examen, si el examen sale positivo, pasan a un segundo examen, para la confirmación; además, se realiza uno complementario para determinar la carga viral, con el fin de tipificar el estadio de la enfermedad. Del mismo modo, se recaba cierta información adicional para hacer el perfil e identificar los factores de riesgo y así la población más vulnerable, de tal suerte de enfocar de mejor forma las políticas públicas.

Sobre las estimaciones de Spectrum que son las que figuran en el informe anual de ONUSIDA, indicó que esta es un *software* que se usa de manera internacional y que permite una estimación matemática en que se usan varios algoritmos que ajustan de mejor o peor manera a algunos países, pero en términos generales se usa porque permite comparar entre países. Asimismo este *software* ocupa datos de la vigilancia, de las encuestas, del programa, demográficos de cómo está creciendo un país, para generar las tendencias y las proyecciones en los distintos indicadores.

Precisó que en el último informe internacional de Spectrum, desde el punto de vista de la prevalencia, indicó que el número total de enfermos estimados viviendo con VIH en Chile en el año 2017 fue de 67.000 y la estimación de incidencia, es decir los nuevos casos, fue de 6.000 con un intervalo de confianza entre 4.800 y 7.001.

⁶⁶ Presentación disponible en: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172228&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>



En el gráfico de la página siguiente se muestran las tasas anuales del comportamiento de la enfermedad desde el año 2010 al 2018, y se observa que se ha duplicado desde el punto de vista de la tasa como carga total de enfermedad en el país: 37,5 personas viviendo con VIH -de las cuales se sabe el diagnóstico- por cada 100.000 habitantes. La tasa es muy diferente en hombres y en mujeres, en éstas últimas asciende a 12, si bien es cierto ha crecido en aproximadamente el doble y en los hombres es un poco más del doble.

En los hombres se registra mayor riesgo entre los 20 y 39 años, siendo la tasa más alta entre los 25 y 29 años. Al comparar ese grupo etario llegan a ser 109 versus el grupo de 50 años, que tiene 15. Se observa que el mayor grupo de riesgo es la población de adultos jóvenes y muy jóvenes, que probablemente se “infectaron” con anterioridad.

Respecto de la distribución por regiones, se concentra principalmente en el extremo norte y así Arica y Parinacota registran 61%, Tarapacá, 51%, y Antofagasta, 48% con un promedio de 53,3%. En la región Metropolitana alcanza a 52% y en el resto del país aproximadamente la mitad.

Nuevos diagnósticos confirmados por el ISP, 2010-2018

Casos y tasas de nuevos diagnósticos de VIH según sexo. Chile, 2010-2018

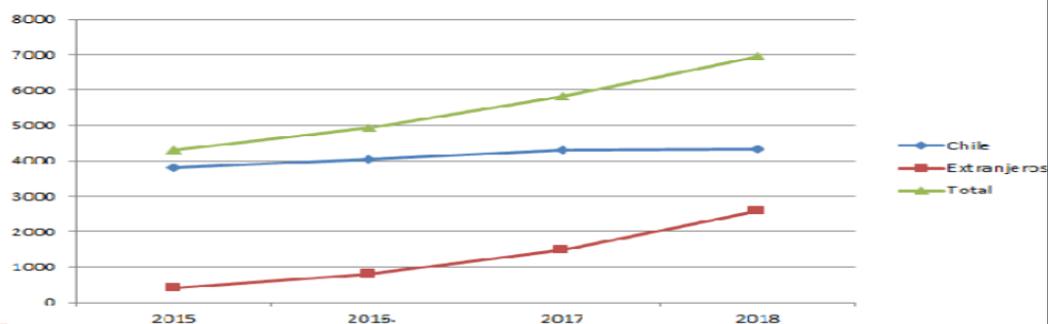
Año	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Relación H:M	Sin dato
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa		
2010	2982	17.5	2416	28.6	440	5.1	5.5	126
2011	3159	18.3	2572	30.1	448	5.1	5.7	139
2012	3395	19.5	2836	32.8	445	5.1	6.4	114
2013	4014	22.8	3426	39.3	553	6.2	6.2	35
2014	4080	22.9	3457	39.2	594	6.6	5.8	29
2015	4307	23.9	3750	42.1	526	5.8	7.1	31
2016	4927	27.1	4288	47.6	615	6.7	7	24
2017	5816	31.7	5004	55	812	8.7	6.2	0
2018	6948	37.5	5749	62.6	1199	12.8	4.8	0
2019*	1910		1600		310		5.2	0

Tasa por 100.000 habitantes
Fuente: Casos confirmados VIH ISP, 2018

Al analizar la procedencia de la población y la tasa de crecimiento de la enfermedad, se concluye que no crece igual en chilenos y en extranjeros, pues la tasa de crecimiento de la enfermedad en los chilenos es menos del 1% y en los extranjeros creció un 75% el último año.

Casos confirmados por nacionalidad, Chile 2015 – 2018

País origen	2015	2016	2017	2018
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Chile	3813 (88,5)	4055 (82,3)	4303 (74,0)	4339 (62,4)
Extranjero	396 (9,2)	797 (16,2)	1474 (25,3)	2580 (37,1)
Sin Dato	98 (2,3)	75 (1,5%)	39 (0,7)	29 (0,4)
Total	4307	4927	5816	6948



Sobre la notificación afirmó que hasta el año pasado el sistema de vigilancia en salud pública se hacía en papel en todo Chile para todas las

enfermedades, como meningitis, tuberculosis, incluido el VIH y se se consideraba un caso como notificado una vez que la persona ingresaba a control y era clasificada según etapa de la "infección" (VIH o SIDA) y se enviaba el papel a la SEREMI correspondiente. A partir de enero de 2019 hay un sistema de notificación on line y se ha desarrollado nuevo sistema denominado EPIVIGILA, donde el caso ingresa a vigilancia cuando es informado de esta manera se logra pesquisar mejor a las personas que teniendo, el diagnóstico, van a entrar a tratamiento.

Recordó que en el año 1984 se diagnosticó el primer caso en Chile y durante el transcurso de ese año 5 más; en el año 1985, 11 casos y así, hasta llegar a los 47.567 casos de personas notificadas.

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

En el año 2018 la tasa de diagnóstico, en el caso de los hombres alcanzó a 12 en etapa Sida versus 22 en etapa VIH, para las mujeres 2 en etapa SIDA versus 4,9 VIH. Comparando las dos tasas, se advierte que son muchos más los que se diagnostican en etapa VIH que en la etapa Sida.

Expresó que entre los factores de riesgo para adquirir la enfermedad, las personas identifican como principal vía de transmisión a las enfermedades de transmisión sexual, en un 97%. En el grupo de los hombres, el 61% reconoce las prácticas sexuales de HSH y en las mujeres, más del 94%, responde que por haber tenido una relación de tipo heterosexual. Esta información contribuye a identificar los grupos principales de interés y en dónde focalizar las políticas públicas.

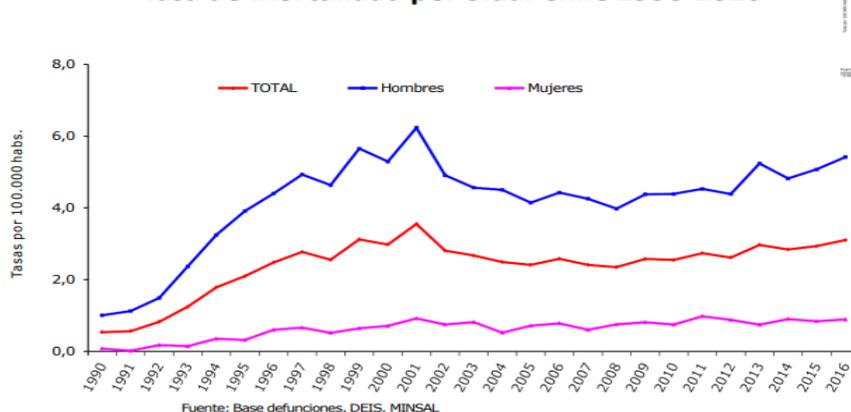
Cuando se les pregunta por las prácticas de autocuidado para prevenir la enfermedad, o cuántas veces usan preservativo de manera habitual, hasta el año 2018 -previo al diagnóstico- menos de 10% refirió haberlo usado de manera sistemática. Si bien ha aumentado desde el año 2014 y se ha duplicado en 2018, parece que es muy menor, lo cual habla de que se debe focalizar en educación y en las prácticas de sexo seguro.

Hasta el año 2000, cuando hubo un aumento en la disponibilidad de la terapia, pese a que aumentó el número de diagnósticos, la mortalidad presenta un descenso y el *peak* del último año no es una diferencia estadísticamente significativa, no obstante, el próximo año se podrá conocer y analizar la tendencia.

En cuanto a las personas fallecidas a causa de este virus, afirmó que entre los años 1990 y 2016, se han registrado 10.416, con tasas anuales promedio de 3 por cien mil habitantes en los últimos 5 años; 5 por cien mil para hombres y 1 por cien mil para las mujeres.

Mortalidad por Sida

Tasa de mortalidad por Sida. Chile 1990-2016



- Entre 1990 y 2016 se produjeron en Chile 10.416 defunciones por esta causa, de las cuales el 86% (9.006) corresponden a hombres. Las defunciones por Sida desde el año 2002 en adelante representan entre el 0,4% y 0,5% del total de muertes ocurridas en el país.

7. Marcelo Mosso Gómez, Director del Fondo Nacional de Salud.

Precisó que este tema estaba relacionado con el derecho de acceso a la protección de la salud y a la protección financiera de Fonasa.

Señaló que el derecho de acceso a la protección de la salud está reconocido en la Constitución Política de la República y de acuerdo con ésta, le corresponde al Estado proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Por otro lado, el artículo 132 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, establece que “Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de las tarifas o aranceles fijados a este efecto”. Aseguró que esto es relevante en términos del derecho que le asiste a cualquier individuo, dentro del territorio nacional, a acceder a la protección de la salud.

Respecto de la protección financiera, es decir, si Fonasa paga o no estas prestaciones, contó que la normativa vigente considerada en el DFL 1 establece que al Fondo Nacional de Salud le corresponde financiar, en todo o en parte, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del régimen del libro II - regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud-, en cualquiera de sus modalidades.

Entonces, la ley obliga a Fonasa a financiar, en todo o en parte, a aquellas personas que son beneficiarias del régimen. De esta manera, y atendido el principio de legalidad consagrado en la ley orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, Fonasa solo puede concurrir al financiamiento de las prestaciones de atención en salud de sus beneficiarios.

Informó que en términos específicos respecto del VIH, existían distintas leyes que facultaban y obligaban a las instituciones del Estado a realizar acciones,

como la promoción, la prevención y el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Citó el artículo 1° de la ley N° 19.779, el que establece que “la prevención, diagnóstico y control de la “infección” provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas “portadoras” y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional. Corresponde al Estado a la elaboración de políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población.”.

Aseveró que en este sentido, el Estado articula políticas que contribuyen al control de la enfermedad desde la promoción y prevención, por un lado, hasta el tratamiento por el otro, y el Ministerio de Salud es quien define esa dirección y las orientaciones técnicas.

Por otra parte, afirmó que el Decreto Supremo N° 3, del Ministerio de Salud, establece los problemas de salud que se encuentran incluidos en las Garantías Explícitas de Salud (GES), que garantiza el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad a todo beneficiario en el caso del Fonasa.

Explicó que el problema de salud garantizado N° 18 corresponde al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, por lo cual el Fonasa tiene, respecto de esa patología, las funciones que la ley N° 19.966 le asigna en cuanto a asegurar el acceso y oportunidad en la atención a sus respectivos beneficiarios. En cuanto a la protección financiera que otorga el Fonasa a las personas que son beneficiarias y que presentan el problema de salud garantizado N° 18, la cobertura es de un ciento por ciento para todos los tramos del Fonasa.

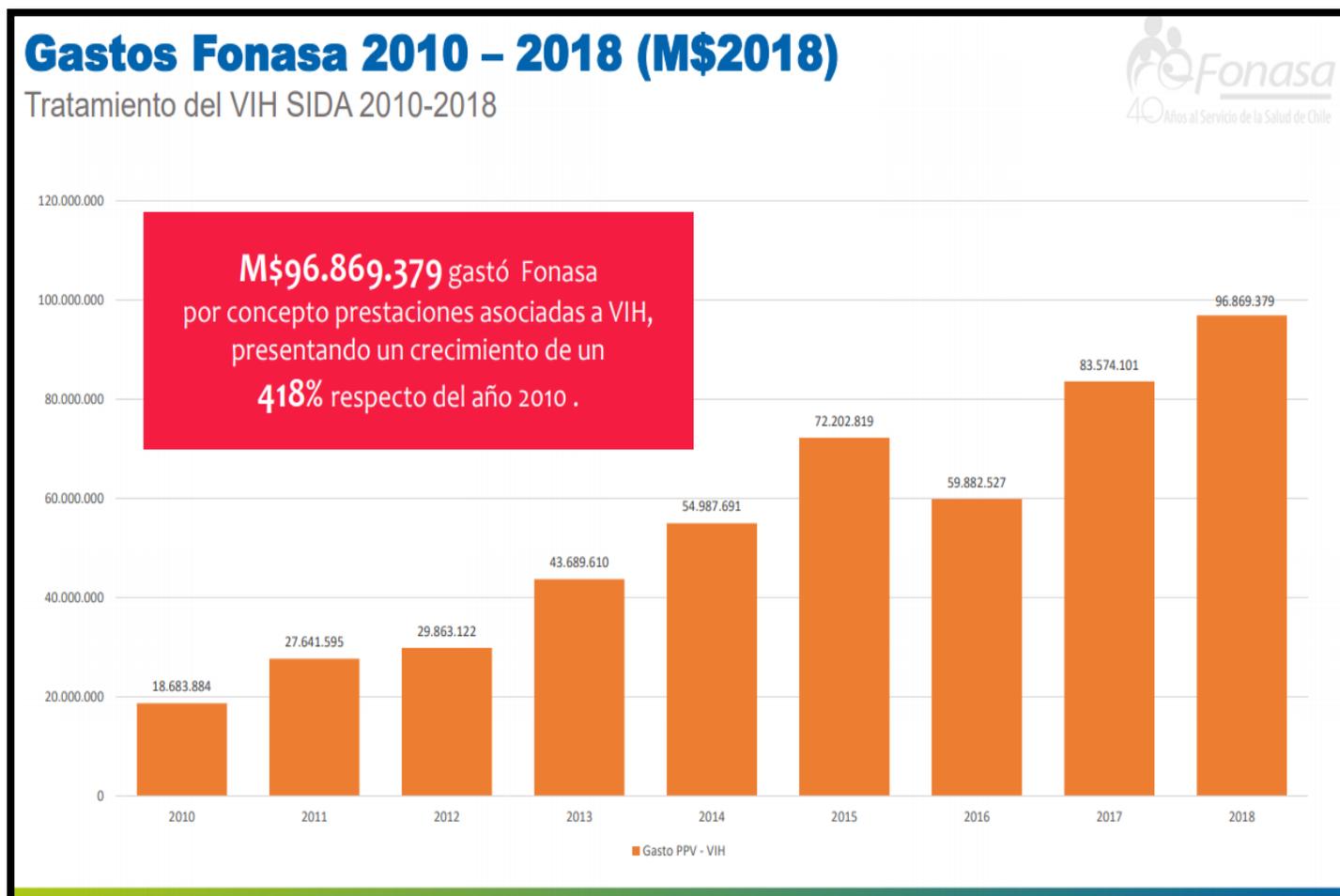
En términos de prestaciones GES, indicó en primer lugar que el Fonasa está obligado a proveer las atenciones de salud a sus beneficiarios, procurando cumplir con esas garantías y con la protección financiera, para lo cual realiza convenios tanto con la red pública como con la privada para otorgar las prestaciones contempladas en el Decreto Supremo ya mencionado.

Puntualizó que los plazos establecidos para las diferentes patologías aseguradas mediante GES, solo constituyen una puerta de entrada al sistema. La ley expresamente ha establecido que el plazo máximo de oportunidad considera tres etapas: designación de un primer prestador por el Fonasa o las Isapre; designación de un segundo prestador, cuando en la primera atención se incumple la garantía de oportunidad, y designación de un tercer prestador por la Superintendencia de Salud en caso de un reclamo.

Solo cuando el prestador designado por la Superintendencia no otorga la prestación, se está en presencia de un incumplimiento jurídico de la garantía de oportunidad. En este sentido, la ley otorga un rol activo al beneficiario, exigiendo que por sí o mediante un tercero reclame para que se activen las etapas segunda y tercera.

Desde la perspectiva del Fonasa, el siguiente gráfico muestra el gasto que se ha producido cada año en términos de tratamientos por GES. Así, el 2018 el gasto por concepto de prestaciones asociadas al tratamiento del VIH, ha presentado un

crecimiento de 418% respecto del año 2010. De hecho, el principal componente del gasto en la atención del VIH/SIDA lo constituye el gasto en antirretrovirales que constituye un 94%.



Sostuvo que el número de beneficiarios en tratamiento también ha aumentado desde el año 2010, cuando tenían 12.841 personas, hasta el 2018 que registra que 37.467 beneficiarios accedieron a esta prestación.

En cuanto al tratamiento de acceso y la protección financiera de los inmigrantes y los turistas, enfatizó que el derecho de acceso a la protección de la salud, está regulado en el artículo 132, del DFL N° 1 y en virtud de él, los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no pueden negar la atención a quienes la requieran ni condicionarla al pago previo de las tarifas o aranceles fijados, por tanto, los extranjeros, con independencia de su situación migratoria, tienen derecho a recibir todas las prestaciones de salud pública, incluida la atención del VIH, de ITS y demás acciones relativas o relacionadas con la salud sexual y reproductiva, de acuerdo con el artículo 140 del DFL N° 1⁶⁷.

⁶⁷ Artículo 140.- Se incluyen entre las prestaciones de salud que proporciona el Régimen aquellas acciones de promoción, protección y otras relativas a las personas o al ambiente, que se determinen en los programas y planes que fije el Ministerio de Salud, en la forma y modalidades establecidas en las disposiciones que rigen a los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, a quienes corresponderá la ejecución de tales acciones.

Agregó que, la atención que presten los Servicios de Salud en sus establecimientos respecto de las ITS es totalmente gratuita, comprendiéndose en ello el diagnóstico, tratamiento y control, los exámenes de laboratorio clínico y demás, de acuerdo con el artículo 7 del DS N° 206, de 2005.

Por otro lado, la ley ha establecido específicamente otras prestaciones, con independencia de la condición migratoria como en el caso de la mujer embarazada y el niño recién nacido, o la atención de salud en caso de urgencia vital.

En cuanto a la protección financiera de Fonasa, de acuerdo con la normativa vigente, principalmente constituida en el mismo DFL N° 1, al Fondo Nacional de Salud le corresponde financiar, en todo o parte, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios, del régimen del Libro II de esta ley, en cualquiera de sus modalidades.

Informó que los beneficiarios de Fonasa son los trabajadores dependientes y sus cargas; los temporeros; los trabajadores independientes y sus cargas; los imponentes voluntarios; las personas que gocen de pensión previsional o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía; la mujer embarazada, aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria, y el niño hasta los 6 años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones que contempla el artículo 139; las personas carentes de recursos, las personas que gocen de una prestación de cesantía, de acuerdo con la ley N° 19.728, que Establece Seguro de Desempleo.

La persona inmigrante puede ser considerada beneficiaria del Fondo Nacional de Salud en igualdad de condiciones que los nacionales en las siguientes dos situaciones: (i) si cuentan con un permiso vigente para permanecer en el país pues deben cumplir con los requisitos generales de cualquier beneficiario al momento de la acreditación y afiliación; y, (ii) de acuerdo con el DS N° 110, la persona inmigrante que carece de recursos y no posee documento o permisos de residencia podrá acreditarse como una persona carente de recursos y pasa a ser un beneficiario de Fonasa.

Respecto de los derechos en Fonasa de turista, comentó que son considerados tales aquellas personas que ingresan al país con fines de recreación, deportivos, de salud, de estudios, de gestiones de negocio u otros similares y que, en tal calidad, están autorizados para permanecer en el país durante un período no mayor a 90 días. Este permiso lo pueden renovar si pasan 90 días y extenderlo hasta 120 días, en este caso la persona turista no puede ser considerada beneficiaria, ya que no cumple con la definición de inmigrante de asentarse en el país, salvo que manifieste su intención positiva de radicarse en Chile, sea porque transcurrió el plazo para ser considerado turista, caso en el que pasaría a ser una persona irregular en el país, carente de recursos, y que se aproxima entonces a este número provisorio que se entrega, o porque dio inicio a los trámites para obtener una visa de permanencia.

Hizo presente que la regla general de acceso consiste en que los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no pueden negar atención a quienes lo requieran. Por lo tanto, todos, independientemente de si son turistas o no, pueden hacer uso del sistema, pero la condición general de financiamiento de quienes no tienen calidad de beneficiario es que deben pagar su valor según el arancel respectivo al igual que cualquier persona que no sea beneficiaria de Fonasa, tales como quienes pertenecen a alguna Isapre.

8. Judith Mora Riquelme, Directora (S) del Instituto de Salud Pública⁶⁸

Destacó entre los roles del Instituto el ser laboratorio nacional y de referencia en VIH/SIDA, y detalló entre sus actividades: confirmación del diagnóstico de VIH, tanto en adultos como en niños; evaluación de la calidad de reactivos de diagnóstico VIH; programa de evaluación externa de la calidad de Ac VIH; supervisiones a la red de laboratorios; caracterización de variantes de VIH circulantes, y analizar y proporcionar información para la vigilancia epidemiológica y decisiones en políticas públicas.

Mencionó dentro del marco legal y normativo relativo al examen del VIH los siguientes cuerpos normativos: ley N° 19.779, Ley del Sida, que garantiza y vela porque sea un examen voluntario y confidencial; reglamento N° 182, que ha tenido varias modificaciones-, establece el proceso de realización del examen y su última actualización tuvo que ver con la implementación del test rápido, especialmente en la Atención Primaria de Salud; ley N° 19.966 o Ley GES, que regula el acceso, la oferta y los procesos relacionados con el examen y el rol de los distintos actores; las circulares N°s 41 de 2011 y 20 de 2014, que instruyen sobre test rápidos para VIH, derivación de muestras a ISP y procedimiento de resultados; Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis, para ofrecer a la mujer embarazada el examen y tratamiento para prevenir la transmisión vertical; Circular que regula el tamizaje obligatorio y microbiológico para la donación de sangre, entre ellos el VIH, la hepatitis B, hepatitis C, enfermedad de Chagas y la sífilis, y el Decreto N° 158, que establece que el VIH es una enfermedad de notificación obligatoria.

Explicó que todos los tamizaje que se realiza en el país, ya sea en laboratorios clínicos, públicos o privados; en los centros de sangre, públicos o privados; todas las muestras reactivas al tamizaje de VIH, debe enviarse para ser confirmado por técnicas suplementarias en el ISP. De acuerdo a la normativa vigente (Manual de procedimiento para la detección y diagnóstico de la "infección" y Resolución Exenta N° 371 del MINSAL) se establece que si se obtiene un resultado positivo en dos exámenes utilizando el mismo test de tamizaje, la muestra debe enviarse a confirmación al ISP. Si se ratifica el resultado positivo, el establecimiento requirente procederá a tomar una segunda muestra de sangre para la confirmación de identidad con el mismo test de tamizaje originalmente efectuado. Sólo si este nuevo examen resulta positivo, se practica la notificación obligatoria y se procede a informar al paciente, por intermedio de personal debidamente entrenado en consejería de VIH.

Expresó que el ISP realiza la evaluación de calidad de todos los reactivos de tamizaje que se utilizan en el país para garantizar su calidad. En apoyo a la calidad de los laboratorios se realiza un soporte de evaluación externa que implica el envío periódico de muestras en ciego para que los laboratorios clínicos respondan y el ISP evalúa y detecta si hay errores. Indicó que el examen para detectar VIH está disponible para todos, pero cuando se recibe una muestra que ha tenido una confirmación anterior, se hace un tamizaje; no se hace el proceso completo porque se debe optimizar los reactivos. Sin embargo, cuando hay coincidencia absoluta de la clave, se verifica la muestra y si el plazo anterior fue hace más de tres meses, se reporta y se informa en qué fecha fue detectado el examen.

Precisó que las muestras recibidas desde 2010 a abril de 2019 suman un total de 82.185, de ellas 45.953 han sido positivas.

⁶⁸ Acompañó su exposición junto a la presentación, disponible en el sitio electrónico: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172229&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

Muestras recibidas por ISP para Confirmación VIH Tipo de establecimiento

Muestras recibidas y confirmadas VIH positivas según tipo de establecimiento. Chile, 2010-Abril 2019.

Año	Público		Privado		Otros*		Total		% Público	
	R	C	R	C	R	C	R	C	R	C
2010	4.036	1.704	2.366	1.402	382	126	6.784	3.232	59%	53%
2011	4.040	1.792	2.577	1.566	305	113	6.922	3.471	58%	52%
2012	4.052	1.882	2.987	1.731	221	60	7.260	3.673	56%	51%
2013	4.225	2.086	3.438	2.252	177	47	7.840	4.385	54%	48%
2014	4.134	2.118	3.707	2.319	215	61	8.056	4.498	51%	47%
2015	4.182	2.207	3.970	2.498	148	48	8.300	4.753	50%	46%
2016	4.790	2.572	4.264	2.744	159	54	9.213	5.370	52%	48%
2017	5.819	3.374	4.535	2.939	162	48	10.516	6.361	55%	53%
2018	7.458	4.306	4.883	3.104	197	71	12.538	7.481	59%	58%
abr.-19	3.021	1.695	1.682	1.016	54	18	4.756	2.729	64%	62%
Total	45.757	23.736	34.409	21.571	2.020	646	82.185	45.953		

R: Muestras recibidas.

C: Muestras confirmadas.

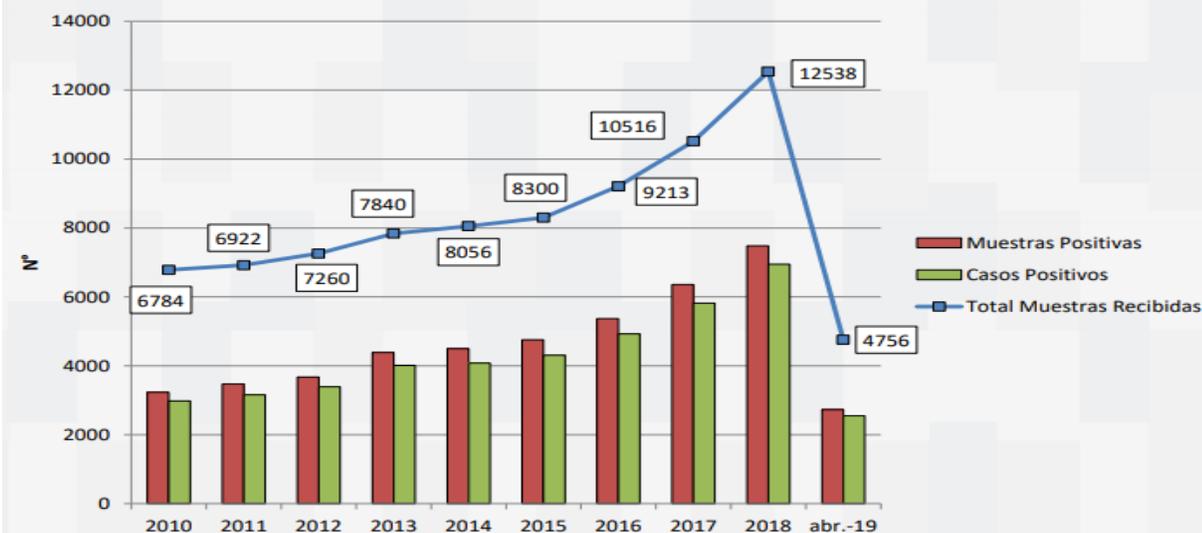
Otros: establecimiento que sin ser privados, no son considerados en el SNSS e incluyen a las instituciones de Carabineros, Fuerzas Armadas, Gendarmería, etc.

Fuente: Laboratorio de Referencia de VIH.
Instituto de Salud Pública de Chile.

Añadió que en el año 2010 se registraron 2.900 casos y en el año 2017 casi el doble, 5.816. En el año 2018, 19% más de nuevos casos diagnosticados; y entre enero y abril de este año, 2.554.

En el año 2018, se recibieron 12.538 muestras, de ellas se confirmaron 7.481 casos y 6.948 casos. Por tanto hay un aumento constante y un incremento continuo del número de muestras recibidas y también del número de casos. Añadió que la confirmación de VIH no tiene costo y lo asume el Estado en su rol de vigilante, por lo que, sea público o privado, se reciben todas las muestras.

Casos confirmados VIH + por ISP por año Período 2010-Abril 2019



Agregó que otro de los roles del ISP es la evaluación de la calidad de los reactivos diagnóstico comerciales para tamizaje VIH (Ac-VIH), Hepatitis B (HBsAg) y Hepatitis C (Ac-VHC). Si bien aún no es obligatorio como dispositivo médico, la verificación se debe hacer en el ISP. Eso se hace con muestras que han confirmado.

Explicó que las pruebas de tamizaje proporcionan una identificación presuntiva y se utilizan a nivel primario. Deben ser capaces de pesquisar a personas asintomáticas o a personas con indicios clínicos o sospecha que sugiera la presencia de la "infección" por VIH o SIDA y otorgar seguridad a las transfusiones.

El ISP verifica el desempeño de la prueba: Sensibilidad y Especificidad, se utilizan paneles de muestras de individuos chilenos VIH negativos y VIH positivos
Criterios recomendación (ISP) -Sensibilidad: 100% -Especificidad: $\geq 95\%$

Sobre el programa de evaluación externa de la calidad de Ac VIH, sostuvo que permite conocer los tamizajes que se realizan en el país, las técnicas utilizadas, pesquisar si hay alguna técnica no recomendada o no evaluada, y eso genera un programa de supervisión que realiza el Instituto, tanto directa como indirecta, para hacer talleres de capacitación y definir si se requiere la visita o suspensión de la prestación, si se detecta un error grave. El programa externo de la calidad permite a los laboratorios tener un control que fortalece su sistema de calidad.

Se refirió a la meta del 90-90-90 e indicó que para alcanzar el primer 90, que apunta a que el 90% de las personas con VIH conozca su estado serológico, era necesario trabajar en ampliar las pruebas de VIH. En ese sentido, se ha aumentado la disponibilidad del examen; el ISP también ha realizado modificaciones en su algoritmo, reduciendo las etapas de confirmación, pero siempre manteniendo la garantía de la calidad.

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

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

Debe tener la capacidad de detectar anticuerpos, el antígeno p24, la combinación de ambos y la detección del provirus, es decir, del DNA viral o del ARN circulante, que es la carga viral, por métodos moleculares. Todo esto se hace en una secuencia establecida y dependiendo de las reactividades, de los antecedentes y resultados obtenidos en este algoritmo, se van aplicando las metodologías.

Dentro de los exámenes de confirmación está el tamizaje. Hay un porcentaje importante que se descarta al primer tamizaje, que es lo esperado; hay un porcentaje que da negativo y con eso se informa directamente negativo. Hay un 20% que se descarta y que inmediatamente se informa.

El objetivo de este algoritmo de confirmación es entregar la seguridad y la confianza en el diagnóstico es relevante tanto en un resultado verdadero negativo

como un verdadero positivo. Así se debe garantizar la calidad del resultado en todo el país, tener ensayos validados, verificados, tener control de calidad interno, registro, trazabilidad, resguardo de los datos y programas de intercomparación.

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

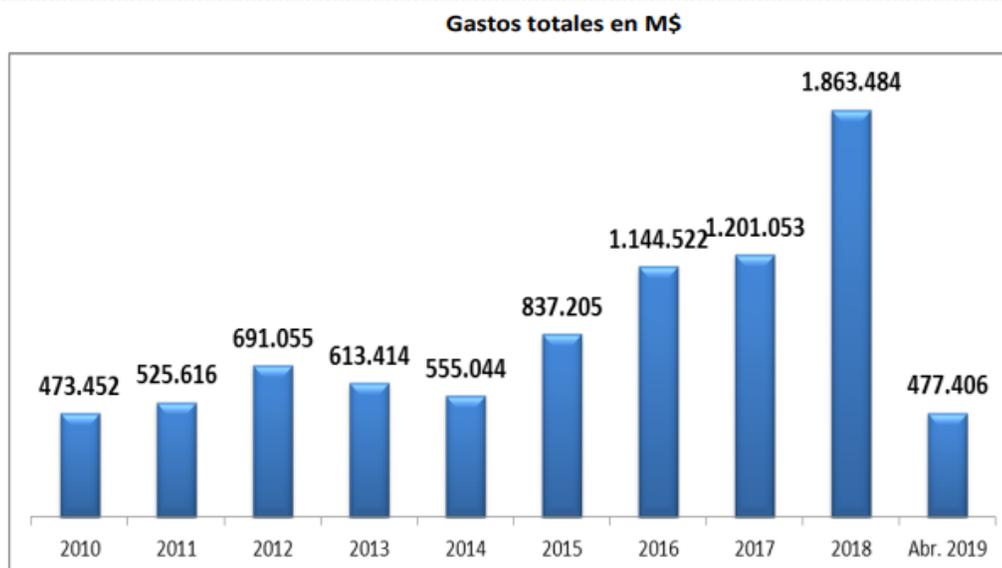
También la especificidad es muy importante. Se debe dar el diagnóstico confiable en todos aquellos que no están "infectados", tanto a adultos como hijos de madres VIH positiva. Asimismo es vital minimizar el número de muestras con seguimiento. Las muestras indeterminadas son las más complejas para todos, para el laboratorio y los pacientes, cuando ven los resultados del ISP y no se pueden confirmar. Por eso es tan importante tener metodologías que permitan en la primera muestra hacer el diagnóstico y la confirmación.

Destacó que se ha trabajado intensamente en mejorar esos tiempos de demora de la confirmación diagnóstica, así el año 2017 se registró el 92% en 10 días, y eso se ha mantenido en 2018, 92,4%. En lo que va de 2019 se tiene 96% en 10 días, con un promedio de 7,7 días. Agregó que a pesar del porcentaje de aumento de muestras se ha podido mantener los tiempos de respuesta. Esto requiere un gran esfuerzo por las técnicas de algoritmo, disminuyendo algunas metodologías, fortaleciendo con metodologías por detección de ácidos nucleicos o biología molecular; además, por los sistemas informáticos y otros fortalecimientos de recursos humanos. Sobre la posibilidad de que hubiese otras instancias de certificación, manifestó la dificultad de obtener el mismo nivel técnico en regiones que el alcanzado en Santiago.

En 2018 hubo un aumento importante del presupuesto principalmente en recurso humano y en los reactivos. La biología molecular tiene un costo importante, elevado, por muestra; hay un mayor número de muestras.

Para el año 2019 hay un proyecto de expansión aprobado, que se está ejecutando, donde también hay reforzamiento de recurso humano, equipos y reactivos para la realización de carga viral y biología molecular para un mayor número de muestras y también para trabajar en la sensibilidad o en la resistencia a los antirretrovirales.

Gastos VIH 2010- (Abril) 2019



- **Variación del gasto**

- Entre los años 2010 – 2015 se observa un gasto constante de un promedio de M\$615.964
- El año 2018 se observa un aumento del gasto, que alcanzó un 55,1% respecto de 2017

- **Decreto 1915/2018 de Minsal permitió financiar en M\$300.000 parte del gasto del Programa VIH del año 2018**

9. Izkia Siches Pastén, Presidenta del Colegio Médico de Chile.

Estimó que, más allá de los gobiernos de turno, existe una responsabilidad de Estado en el fracaso que ha existido en esta materia, así no se han tomado en consideración que las conductas sexuales en Chile son riesgosas, no solo porque aumenta el VIH, sino por todas las enfermedades de transmisión sexual.

Señaló que el actual gobierno había impulsado medidas más atingentes a diagnóstico precoz, pero existen problemas en áreas preventivas, por ello es necesaria una ley de educación sexual efectiva. Agregó que las campañas hasta la actualidad han sido débiles, estigmatizando a grupos de riesgo y a población migrante, sin entender que hay una responsabilidad en salud pública y el impacto que puede tener en una población estigmatizada por VIH, pues puede que esos pacientes por esa razón no concurren a los lugares de atención y de diagnóstico.

Precisó que en el Colegio Médico, y a partir de coloquios desarrollados con la sociedad civil, existe la percepción de que uno de los primeros errores es de las autoridades sanitarias, pues no se han logrado imponer eficientes políticas sanitarias porque el Ministerio de Salud es conservador independiente del gobierno de turno. Recalcó que en el área preventiva es donde más han existido falencias, sin embargo acotó que entregar condones es una medida costo-efectividad bastante positiva.

Afirmó que en Chile la población tiene un inicio de actividad sexual precoz, con muchas conductas de riesgo y consumo de estupefacientes, porque los jóvenes son ignorantes, y el Estado ha insistido en traspasar la responsabilidad de la educación sexual a los padres, y los resultados están a la vista.

Es necesario, afirmó avanzar en mecanismos de prevención como implementar condón femenino y masculino de amplia disponibilidad. Agregó que una circular del Ministerio de Salud lo establecía solo para mujeres que viven con VIH; posteriormente, lo ampliaron a algunos centros como un plan piloto, pero la idea es lograr concientizar a las mujeres que no esperen que los hombres utilicen condón, sino que sean capaces de protegerse. Otra cosa importante, dijo, consiste en avanzar en un programa GES de ITS porque no existen mecanismos de diagnósticos en la atención primaria ni en la terciaria para estas enfermedades.

Sin embargo, advirtió que 53% de los que inician el tratamiento, tienen mala adherencia, porque el sistema es rígido para la entrega de terapias y en los horarios de atención.

En esta materia es un aporte fundamental el tratamiento del PrEP y en esta línea se deben acortar los plazos para el inicio del tratamiento mediante la modificación del modelo de atención, también se debe revisar los protocolos de entrega de las terapias.

Asimismo, indicó respecto del PrEP que el gobierno anunció que se pondría en marcha durante el segundo semestre de 2019, pero hay antecedentes de que se cuenta con entrega de medicamento, test rápido, folletería, pero sin financiamiento para atenciones médicas, recursos humanos, exámenes, ni ningún apoyo logístico para montarlo en hospitales. Indicó que se pretende montar un sistema de forma impracticable, no hay equipos. Implementarlo mal es un riesgo y una falta de la autoridad, aun cuando reconoce la utilidad del tratamiento del PrEP. Aclaró que se debe entender que está destinado a la “población de riesgo”, o sea, gente que está muy expuesta al VIH, como HSH, trabajadores sexuales, parejas serodiscordantes.

Alertó acerca de que las conductas sexuales en Chile son riesgosas porque ha aumentado el VIH y otras ETS; y en consecuencia, llamó a avanzar hasta el estigma cero en lo laboral y denunció que han existido, al menos, dos pacientes migrantes que han sido parte de planes de retorno y que han salido hacia Haití con la enfermedad, uno en fase vulnerable y que finalmente falleció al llegar al país centroamericano y otra embarazada. En este punto precisó que sabe que no fueron echados de Chile pero sí opinó que como eran personas muy vulnerables se habría requerido mayor precisión en la información de tal suerte de que se tengan conocimiento a lo que van y las condiciones o lugar a dónde va a llegar.

Sobre el autotesteo manifestó su acuerdo e indicó que en los países donde se realiza hay un número de teléfono al que se llama y se responden todas las preguntas.

Hizo hincapié en la necesidad de un diagnóstico precoz. Comentó que la gente tiene miedo de acercarse a los centros de salud, prefiere no saber que tiene VIH, y eso es un error garrafal

Sobre la razón de por qué las tasas eran más altas en la población migrante, expresó que se debe a que tiene una serie de características y determinantes sociales que la hace migrar, tanto porque es población activa como también por razones de salud, es decir pacientes que están diagnosticados con VIH viajan en busca de tratamiento.

10. Anita Román Morra, Presidenta del Colegio de Matronas Chile.

Sostuvo que ha existido un aumento sostenido de casos de personas con VIH de más de 50% los últimos 5 o 6 años. Destacó que el 86% de pesquisas se da en los hombres y el grupo etario más “contaminado” fluctúa entre los 20 y 29 años, lo cual da cuenta que no existen políticas de prevención.

Afirmó que de las cifras exhibidas por el ISP se concluye que no es efectivo que este aumento tenga su origen en la población migrantes. En efecto en el año 2017 se registraron 4.303 de personas nacionales como nuevos casos de VIH en Chile confirmados por el ISP y 1.474 extranjeros. En el año 2018 se registraron 4.339 personas nacionales y 2.580 extranjeros. Indicó que la gran mayoría de los migrantes contrajo la enfermedad en Chile según datos proporcionados por la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Indicó que el aumento del VIH y de otras ITS tiene como causa principal los cambios en el comportamiento sexual de la población juvenil; uno de estos sería la forma de practicar el sexo, así se reemplaza el sexo oral por el sexo anal. Según encuestas realizadas tanto en las Universidades de Chile como en la de Concepción 58% de los alumnos de la U. de Chile contestaron que habían tenido su última relación tres días antes del día que de la encuesta y bajo los efectos del alcohol y las drogas, en la Universidad de Concepción ese grupo alcanzó al 66% y se trata de la población más educada del país. Asimismo 40% dijo haber tenido su última relación sexual con una pareja casual, es decir, con quien conocieron en ese instante.

Según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Juventud, en promedio, los hombres se iniciarían sexualmente antes de los 16,36 años en comparación a las mujeres que comenzarían a los 16,84 años. El mismo estudio reveló que, un 64% de los jóvenes habría tenido relaciones sexuales solo con una persona en los últimos 12 meses; un 14% indicó que con dos personas; y un 11% reconoció haber estado con tres a cinco personas en igual periodo. Los porcentajes de esta encuesta serían similares a los observados en la medición del año 2012.

Otra muestra del cambio de conducta de los jóvenes en lo sexual es el hecho de que desde el año 2015 existe una baja sostenida del uso de preservativos, información que corresponde a una encuesta realizada en la región del Biobío, en un contexto de prevención del embarazo.

Comentó que este aumento de los casos de VIH constituía un problema transversal, que es responsabilidad del Estado que pretende que un solo Ministerio tenga el peso de solucionar esta “epidemia”, no existiendo una comisión interministerial que se haga cargo, pues debería estar, además, los Ministerios de Educación, Hacienda y Desarrollo Social, porque esto va más allá de Salud. Agregó que el Colegio que representa al igual que el Colegio de Tecnólogos Médicos y el de Enfermeras, se han comprometido mediante un plan para pesquisar a la “población contaminada con VIH”.

Recalcó que debiera promoverse conductas sexuales de responsabilidad que no tienen que ver solamente con evitar embarazos, sino también evitar “contagios” por enfermedades de transmisión sexual. Eso hoy no se hace.

Respecto de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, expresó que Chile lleva prácticamente tres décadas trabajando en la prevención y en el logro de objetivos, tales como reducir la carga sanitaria de enfermedades transmisibles y

contribuir a disminuir su impacto social y económico, lo que se ha traducido en el testeado que actualmente se realiza en todo el país a través de un plan del programa de VIH, sin embargo, indicó que el testeado es un tamizaje para saber cuánto es la “población afectada” pero no se trata de una prevención.

En esta línea, explicó que el rol de las matronas y matrones más que la atención del embarazo, parto y puerperio normales y la atención del recién nacido; abarca la salud sexual y reproductiva y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y también el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente y que en su rol en la atención primaria son testigos permanentes de los cambios de conducta sexual de los pacientes, quienes muchas veces no se realizan los controles preventivos. Por ello, señaló que deberían acudir a espacios fuera de los consultorios, de los CESFAM, como por ejemplo a los colegios de educación media, no para hacer educación sexual, sino para entregar consejería sobre uso del condón, entrega de preservativos, y la prevención de las ETS, por ejemplo.

Finalmente, afirmó que el Estado no cumplía con el artículo 1 de la Ley del Sida que dispone que constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional la prevención, diagnóstico y control de la “infección” provocada por el virus del VIH, como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por las personas “portadoras” y enfermas, sin discriminaciones, siendo el Estado el encargado de elaborar políticas que propendan hacia este objetivo, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población.

11. María Angélica Baeza Reveco, Presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile. Indicó que el aumento sostenido del número de personas viviendo con VIH refleja el fracaso de las políticas, planes y programas en la materia, en los últimos años. Agregó que la cifra conocida de ONUSIDA ubica a Chile entre los diez países a nivel mundial donde más han aumentado los nuevos casos de notificación de VIH y consideró llamativo el aumento del 50% de estos casos, entre los años 2010 y el 2017. Sostuvo que en este tema tenían responsabilidad los sucesivos gobiernos que no han tomado las medidas adecuadas y suficientes para contener el aumento de estas cifras, no solo de VIH-SIDA, sino también de las ITS.

La denominada Ley del Sida, ley N° 19.779, en su artículo 1 dispone que corresponde al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos⁶⁹, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población”. Se concluye que dadas las altas cifras conocidas, el Estado no ha cumplido las obligaciones que establece y obliga la ley.

Por otro lado, aseguró que el Ministerio de Salud no ha cumplido con el artículo 2 de la misma Ley porque no realiza política intersectorial efectiva, no incorpora a toda la sociedad civil en el diseño e implementación de las políticas. Además, no recoge ni procura, evidencia científica desde el sector público ni privado y agregó que como Colegio de Enfermeras se han sentido discriminadas y excluidas

⁶⁹ Artículo 1°.- La prevención, diagnóstico y control de la “infección” provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas “portadoras” y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional.

de la participación en la elaboración de las políticas públicas en salud y de la discusión en VIH/SIDA e ITS.

Sin embargo, a pesar de esta exclusión se han ocupado del tema, estrechando lazos con organizaciones y referentes vinculados a la problemática. Es así como se han establecidos convenios colaborativos con RENPO y Víctor Hugo Robles, con quien se está colaborando en el único programa de la diversidad sexual que existe en la radiodifusión chilena, *Siempre viva, en vivo*, emitido por la Radio de la Universidad de Chile, orientado a la prevención del VIH/SIDA y las ITS. Así mismo, dentro de las próximas semanas esperan establecer nuevos convenios de colaboración con otras organizaciones, a fin de fortalecer el trabajo conjunto para contribuir con la prevención.

Con el objetivo de abordar de manera eficaz y eficiente, desde el Estado y desde la sociedad civil, la problemática derivada del VIH/SIDA y de las ITS, proponen que los objetivos en la lucha contra el VIH se ajusten a las propuestas y planes de ONUSIDA y que se establezcan políticas de Estado, multisectoriales, de corto, mediano y largo plazo, con metas concretas y medibles, sujetas a resultados que impliquen responsabilidades políticas y administrativas en su cumplimiento.

También es necesario comprometer al Estado en la asignación de recursos financieros suficientes para abordar la situación en su integralidad, tanto para la prevención, la atención de personas viviendo con VIH, como para las campañas de difusión, el fortalecimiento de los equipos existentes y la formación, perfeccionamiento y capacitación de profesionales en el área.

Reclamo la necesidad de terminar con la exclusión de las organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el VIH/SIDA e ITS y que sus experiencias, aportes y contribuciones sean tomadas en cuenta por las autoridades, así las campañas de prevención que se elaboren desde el Estado (Ministerios de Salud y de Educación) cuenten con la participación efectiva, pues la mejor forma de aportar es desde la propia experiencia.

Enfatizó la necesidad de fortalecer la salud escolar en las escuelas y liceos públicos y de que el Estado invierta en la contratación de enfermeras para la aplicación de programas preventivos y de formación en educación sexual, con énfasis en la prevención del VIH/SIDA e ITS. Manifestó que se deben rescatar experiencias vividas durante muchos años en la atención primaria, en áreas de prevención, a través del programa de salud escolar que se desarrollaba en los colegios.

Sugirió que los planes y programas de educación sexual anunciados por el gobierno, a partir de 5° año básico, tengan un importante componente de autocuidado frente a las conductas de riesgo y a la prevención del VIH/SIDA e ITS; que cuente en su elaboración con la participación de la comunidad, de las organizaciones de la sociedad civil y de los colegios profesionales. Afirmó que en todos estos aspectos es indispensable considerar el componente intercultural, estableciendo contenidos y acciones que respeten la cosmovisión, la cultura, los ritos y costumbres de los pueblos originarios.

Finalmente, propuso convocar a un gran encuentro nacional, sin exclusiones, para abordar un Plan Nacional de largo alcance para el combate del VIH/SIDA e ITS, con un fuerte componente en la prevención y en la educación de la población, no solo orientado a las adopción de conductas de autocuidado y de responsabilidad, sino también para dejar atrás prejuicios y estigmatizaciones que

forman parte de los riesgos que se deben enfrentar, considerando que el VIH no es solo una cuestión de salud pública, sino también un asunto social y cultural.

12. Alejandro Afani Saud, jefe del Departamento VIH del Hospital Clínico de la Universidad Católica. Indicó que la tendencia en el mundo es a la disminución de nuevos casos de VIH sin embargo Chile entre 2017 y 2018, tuvo entre el 15 y el 20% de nuevos casos diagnosticados, lo que es alto y no tiene su origen en el arribo de inmigrantes.

Expresó que en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile se realizó un testeo rápido a la población general y el primer llamado de alerta fue que encontraron una prevalencia de 1.3, en cerca de 4.000 casos que analizaron. Evidentemente puede estar el sesgo, en el sentido de que acude la población de más alto riesgo y eso hay que considerarlo, pero más allá es una cifra alta. Dados estos resultados se reunieron con el Ministro Santelices y el 18 de mayo de 2018 se anunció el Plan Nacional de VIH, en el que hay cosas que se han hecho bien, otras más o menos y otras que no se han realizado.

Sobre los test indicó que el gobierno planteó realizar 1.850.000 test rápidos en dos años. Entiende que hasta marzo de 2019 se han hecho 62.000, lo que es un 3% del total, y de ellos 587 personas son reactivas, lo que significa una prevalencia de 0.95, cifra alta porque se trata de la población general. Si ese dato fuera cierto o real, la población que está viviendo con el VIH, que no conoce su diagnóstico, es muchísima más de lo que se ha dicho pues se trataría de más de 50.000 casos.

Manifestó que era de suma importancia identificar a quiénes se realizaron esos 62.000 test y centrar los esfuerzos y acortar la brecha entre quienes viven con el virus y que conocen su diagnóstico, versus quienes lo desconocen. El tratamiento antirretroviral logra transformar una enfermedad mortal en una enfermedad crónica, pero para ello la persona tiene que iniciar el tratamiento de manera oportuna, por ello es necesario diagnosticar a quienes conviven con el virus pues la enfermedad va avanzado. Agregó que pese a ello el diagnóstico en las fases tardías es bastante alto y que más del 30% de las personas son detectadas en etapa SIDA porque son personas con tos, que no se les pasa hace un mes, que van al médico y no identifican lo que les pasa y, finalmente, les hacen un examen y detectan que tenía las defensas bajas porque estaba en la etapa Sida y recién ahí ingresa al sistema.

La finalidad del tratamiento consiste en lograr la indetectabilidad, o sea, que el virus se haga indetectable en la sangre, pues quien está con carga viral indetectable no transmite el virus.

Sobre el Plan Nacional, explicó que contempla tres ejes. El primero es la comunicación social y efectiva, que se refiere a las campañas. Éstas en Chile no han sido efectivas, porque duran dos o tres meses y han contenido mensajes confusos. En este punto señaló que los jóvenes no tienen una sexualidad responsable ni autocuidado, no porque no quieran, sino porque no han tenido la debida educación. En ese sentido, adelantó que una de las medidas que se adoptarán como Universidad de Chile consiste en una prueba de conocimientos específicos de ETS y de sexualidad, para saber cuánto realmente saben los jóvenes. Preciso que los jóvenes usan preservativo más para prevenir el embarazo que para prevenir las ETS, y por ello se está observando que no solo el VIH, sino que la sífilis y la gonorrea, van en un

crecimiento exponencial importante. Explicó la importancia del uso del preservativo para evitar que sigan en aumento pues también facilitan la transmisión del VIH.

El segundo eje es la prevención y ahí se enlaza con los test rápido. En este punto hizo hincapié en la necesidad de aumentarlos, de expandirlos y de la necesidad del autotesteo. Reiteró que se anunció la realización de 1.850.000, y según entiende, se han hecho 62.000, es decir 3%.

Consideró que el tema del autotesteo era deficitario pues se debería avanzar en el aumento de la cobertura del examen VIH, incorporando test rápidos, autotesteo en los niveles de atención y comunitario. En muchos países del mundo, que tienen controlada la situación del VIH, éstos son de libre acceso en las farmacias. Lo importante es determinar la forma cómo se vincula a quien se diagnosticó o se autodiagnosticó con el tratamiento. Pero no basta con aumentar la oferta del test de diagnóstico en los sistemas de salud, tanto en los hospitales como en los policlínicos, sino que hay que sacar el test rápido fuera del sistema de salud, a las poblaciones en riesgo como los jóvenes, a las universidades, a las discotecas, a los bares, etcétera.

En cuanto al acceso a los preservativos, que forman parte de la prevención, existe un déficit importante, especialmente en el masculino.

En cuanto al diagnóstico, explicó que una vez que las personas son diagnosticadas rápidamente son vinculadas y puestas en tratamiento. Esa parte está funcionando bien, sin embargo, reflexionó que si todas las personas que viven con VIH fueran diagnosticadas, el modelo actual no podría atenderlas. Por ello, afirmó que si se va a hacer un rápido incremento en los test de diagnóstico, es imperioso actualizar y modernizar el modelo actual de atención.

También señaló que el modelo de gestión debía ser cambiado por uno descentralizado, tanto del diagnóstico, del tratamiento y del seguimiento de los pacientes que están desde Arica a Punta Arenas.

Por otro lado indicó que la regulación de este tema tampoco es eficiente, pues es imperioso modificar los algoritmos de diagnóstico y de confirmación que son lentísimos. Así si se diagnostica a una persona en una etapa avanzada, puede que llegue la confirmación cuando ya esté muerto, pues no se puede iniciar tratamiento si no tiene la confirmación. En efecto, la confirmación del diagnóstico solo la realiza el ISP, sin embargo con un test rápido o con un test de Elisa más un examen de confirmación, que puede ser una carga viral o un Western Blot, es suficiente, y con ello se acorta de manera significativa el diagnóstico para iniciar rápidamente el tratamiento.

Al respecto explicó que cuando una persona contrae el virus puede ocurrir la primoinfección, es decir puede o no tener síntomas, y si tiene síntomas, puede sufrir lo que se denomina "síndrome retroviral agudo", es decir el virus se comienza a multiplicar rápidamente, pero pueden ser síntomas inespecíficos, como un cuadro viral, una influenza, una faringitis, ganglios, fiebre, luego pasa un período largo de entre cinco, siete, diez años o más, en que sigue asintomático, pero la enfermedad va progresando, va destruyendo progresivamente el sistema inmunológico hasta que llega a la etapa avanzada, y se perdió un tiempo valiosísimo para el tratamiento, de tal suerte que la enfermedad no avance y no contagie a otros.

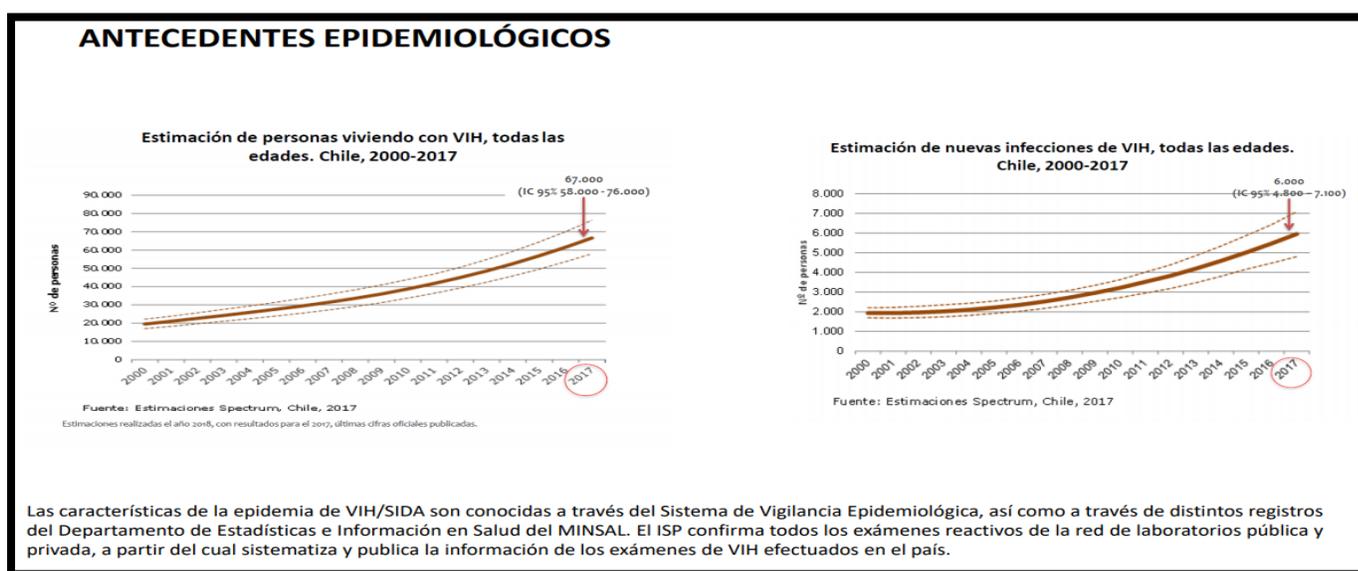
Respecto de la profilaxis pre-exposición (PrEP), expresó que está científicamente demostrado que el uso de medicamentos en personas que son cero negativas, pero con alta probabilidad de “infección”, es muy eficaz, pues reduce en 90% y hasta en 95% la probabilidad. Hay muchos estudios científicos publicados en revistas de alto impacto que lo señalan; así existen más de 300.000 personas en el mundo que están en tratamiento y que han iniciado el PrEP. De ahí que resaltó la importancia de su implementación pues los tratamientos pilotos anunciados todavía no están funcionando, pero tampoco es una estrategia única debe ir acompañada con el uso del condón. No obstante, existe la experiencia de que las campañas del pasado centradas única y exclusivamente en el uso del condón, no sirvieron, porque hay que implementar estrategias combinadas con una entrega de información clara, permanente y directa, sumada la prevención, educación sexual, uso del preservativo, tanto masculino como femenino, y el PrEP.

Opinó que en Chile se pensaba que al año 2013 la mortalidad por VIH-SIDA iba a disminuir 1,8 por cien mil habitantes. Sin embargo, no ha ocurrido y en la actualidad existe una tasa de más de 3,1-3,2 por cien mil habitantes. Es decir, no solo no ha disminuido, sino que ha aumentado, y en parte se debe a que las personas llegan tardíamente a su diagnóstico. Agregó que la forma de frenar el aumento pasa por un lado, con la masificación del test, especialmente en las poblaciones de mayor riesgo, que son los grupos de HSH, donde está claramente el foco más importante, y en la gente joven, entre 15 y 29 años, que es el grupo donde más se ha incrementado.

Sobre la educación sexual afirmó que se debe trabajar sobre ella y vincular a los Ministerio de Salud y Educación, pues hoy queda al libre albedrío de cada establecimiento y no se puede centrar toda la responsabilidad en la familia y en los padres pues ellos recibieron la misma educación.

13. Jaime Burrows Oyarzún, Exsubsecretario de Salud Pública.

Comentó que la siguiente imagen es la tendencia, tanto de aumento de incidencia como de prevalencia de VIH en el país, que es el problema que preocupa a todos, especialmente porque la curva se ha ido cada vez pronunciando al aumento. Ciertamente, si se compara la curva con los números internacionales, muestra una incidencia en disminución, o sea, el número de casos nuevos ha ido disminuyendo en el mundo, y una cierta tendencia a la estabilización en la prevalencia.



Si se separa a los países que tienen un bajo nivel de índice sociodemográfico, que es el índice de desarrollo humano, sacando los problemas de salud, para hacer comparables las políticas de salud y la situación de salud, es en esos donde se marca la gran disminución. En los países que están en un nivel medio tiende a haber una cierta estabilización; en los países medio-altos, en los últimos años, desde el 2008, se verifica un aumento, tanto de la prevalencia como de la incidencia; y en los países de más alto índice se tiende a una disminución, pero que es muy gradual.

Chile está en el grupo de desarrollo socio demográfico medio-alto y, por lo tanto, si se compara con el resto de los países que están en la misma situación, el país está equivalente.

En el mundo está disminuyendo el VIH, pero si se focaliza y empieza a mirar por qué se produce este efecto, se debe a que los países con más bajo nivel de desarrollo tienen altísimos números de prevalencia, en los cuales las medidas más básicas o más fáciles de implementar tienen un gran impacto, por ejemplo, hacer accesible el condón o tomar algunas medidas como tratamiento.

Chile está en un punto que coincide con otros países del mismo nivel de desarrollo. Todavía se está en etapa en que está aumentado la sobrieda por el acceso al tratamiento y, por lo tanto, hay un mayor número de personas vivas con VIH y, sin embargo, hay un número de personas que, viviendo con VIH, no están libres de estar contagiando porque el tratamiento no ha sido tan eficaz para disminuir la transmisión.

No obstante esto, ha disminuido la incidencia versus la prevalencia, hasta llegar a un punto de estabilización. Este punto de estabilización quiere decir que no ha disminuido el número de personas nuevas que se contagian versus el número de personas que están teniendo la enfermedad. Eso tiene que ver más con la prevención secundaria y terciaria que con la prevención primaria.

El crecimiento demográfico de los últimos años también tiene un componente importante, cual es el la inmigración, que en algún momento se ha producido desde países que tienen alta prevalencia como Haití, y que hace ingresar a un número importante de personas que no conocían su estado o, conociendo su estado, migraron igual para acceder a un tratamiento, porque en su país no podían. Es el caso también de Venezuela, sin embargo, la responsabilidad sigue siendo del Estado de proveer los medios para mejorar los diagnósticos y el acceso a los tratamientos.

El VIH Sida sigue siendo una epidemia concentrada en que la mayor parte de los pacientes que se contagian son HSH y en segundo lugar, están las mujeres trabajadoras sexuales.

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

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

Sobre el trabajo desarrollado en la Subsecretaría, explicó que se fundamentó en dos ámbitos: el de la prevención de la transmisión y en la atención integral de quienes viven con el virus VIH.

En cuanto a la prevención, se capacitó a los equipos de salud para la normalización y no discriminación de las “personas contagiadas” con VIH; se generaron intervenciones en conjunto con organizaciones de la sociedad civil, en lugares y espacios de encuentro de las poblaciones claves. Asimismo, se buscó ampliar la disponibilidad de condones a toda la población, con un foco especial en los jóvenes y adolescentes, dentro y fuera del sistema de salud; se trabajó en el acceso a diagnóstico precoz con test instrumentales o rápidos, en el sector salud y en las organizaciones de la sociedad civil; se incorporó la oferta de profilaxis preexposición y el acceso de tratamiento antirretroviral para todas las personas diagnosticadas. También se trabajó en terminar la transmisión vertical, con diagnósticos y tratamientos que permitieran mermar hasta eliminarla en el breve plazo.

Se logró la actualización de la Guía de Práctica Clínica de VIH; se hizo un análisis para hacer un cambio en la estrategia de atención integral; se actualizó las orientaciones técnicas para la entrega y monitoreo de condones en las actividades de promoción y prevención comunitarias; se aprobó la modificación de la ley N° 19.779 para permitir la toma de exámenes a personas de edad igual o superior a 14 años, pero menor a 18 años, sin la autorización de sus padres.

Se empezó a trabajar en la estrategia de terapia de preexposición y quedó en fase de validación por grupo de expertos. Respecto del acceso al examen del VIH, comentó que se envió una circular, tratando de facilitar el acceso al diagnóstico de VIH en la red asistencial, y se empezaron a cambiar los flujogramas para tener un mejor acceso al tamizaje.

Afirmó que también se avanzó en ampliar la atención voluntaria en otros problemas de salud y la atención integral de las personas con VIH; en la utilización de tecnología y en la implementación de las guías GES nuevas a partir de marzo de 2018, que ya entraban en vigencia y que implicaban un esquema más ordenado de terapia y el hecho de que diagnosticado el VIH, se iniciaba el tratamiento.

14. Claudia Cortés Moncada, Vicepresidenta de la Sociedad Chilena de Infectología. Recalcó la necesidad de modernizar la legislación en materia de VIH-Sida, sobre todo los artículos relacionados con las campañas de prevención, investigación y toma de exámenes,

En efecto el artículo 3° de la ley N° 19.779, conocida como Ley del Sida habla sobre las campañas de prevención para informar a la población acerca del virus VIH, su transmisión, sus consecuencias, las medidas más eficaces para su prevención y tratamiento, y programas públicos para dichos fines.

Lamentablemente las campañas actuales son insuficientes duran aproximadamente dos a cuatro semanas al año, y en consecuencia, deberían ser de educación y prevención de la transmisión y cuidados frente al VIH permanentes y

dirigidas transversalmente a toda la población, sobre todo a quienes tienen entre 20 y 49 años, que es el rango etario de mayor riesgo.

Respecto a la investigación científica sobre VIH regulada en el artículo 4 de dicha ley, se señala que el Estado la promoverá y servirá de base para la ejecución de políticas públicas y privadas en la materia, y sobre las vías de transmisión, características, evolución y efectos en el país. En este punto indicó que no existe financiamiento ni fondo específico para el estudio del VIH en ninguna de sus áreas, ni en investigación básica, ni en clínicas y ni en salud pública. Por ello calificó de urgente aplicar lo prescrito en este artículo en cuanto a fomentar los recursos para investigación sobre VIH-Sida.

Lo más urgente, a su juicio, es romper con las barreras que existen para la toma del examen de detección del virus, que es donde se encontraría la mayor falencia en nuestro país y, así dijo, se debe modificar en el artículo 5 el requisito de consentimiento del interesado por escrito por uno verbal.

En cuanto a cifras, señaló que la estimación en Chile es que al año 2017 había 65 mil personas con VIH, cifra que aumentó a 73 mil en 2018, de los cuales están diagnosticados cerca de 43 o 45 mil. El grupo donde mayor se concentra el “contagio” es en la categoría HSH, con un 63%; luego, siguen extranjeros, con 11,6%, y pueblos originarios, con 3,6%.

Indicó que la prevalencia estimada en la población entre 15 y 49 años de edad, es de 0,59% y el número de casos al 2018, según el cálculo estimativo que se hizo a fines del 2017, sería de 6.429 casos, pero el número real fue de 6.948.

Informó que se calcula que, de 5,9 hombres “infectados” solo una mujer sería portadora, cifra que iría en alza. Además, el 99% de los casos correspondería a casos de transmisión sexual y el porcentaje restante sería transmisión vertical (de madre a hijo).

En cuanto al estado de la notificación, explicó que cuando se hace el diagnóstico, se notifica al Servicio de Salud correspondiente y que el 68% de ellos está en una etapa asintomática, pero hay un 38% que está en una etapa Sida, lo que significa una etapa clínicamente avanzada. La situación ha mejorado, pues si en el año 2014 era de 47%, el año 2017 disminuyó a 32%, no obstante, debería ser 0% si el diagnóstico fuera realizado en fase temprana, pues así podría recuperar su inmunidad y no transmitirá el VIH. Por lo que el desafío es seguir disminuyendo este número que tiene un doble beneficio, tanto individual como colectivo, de salud pública.

Además, de acuerdo a cifras de ONUSIDA, solo el 70% de quienes portan el virus en el país están diagnosticadas, de esas el 59% está en tratamiento y el 53% está efectivamente tratado. Según datos aportados por el Ministerio de Salud sobre lo que se conoce como “cascada de atención”, para fines del 2017 -no hay datos más actuales-, 65.000 personas eran “portadoras” de VIH, de los cuales 71% estaba diagnosticada; el 87% en tratamiento, y 85% efectivamente tratada, pero estas cifras están lejos de la meta de 90-90-90, al que se comprometió Chile al año 2020.

Indicó que en la actualidad, cuando una persona no va a buscar sus resultados, el procedimiento establecido para contactarla es llamarla tres veces al teléfono que entrega y luego ir a notificarle a su domicilio. Mientras en otros países,

en específico a Estados Unidos, el comunicarle a la persona el resultado del test es un procedimiento más robusto y eficaz

Los flujogramas diagnósticos y confirmatorios, establecidos por la Resolución Exenta N° 371, son extremadamente complejos y, por ende, demorosos, particularmente pues todas las muestras deben ser certificadas por el ISP en Santiago. Indicó que en Estados Unidos se han simplificado los procedimientos, por lo que el proceso de confirmación tendría una extensión máxima de 48 horas.

En el mundo, el VIH tiene una curva que se está frenando; en cambio, en Chile el aumento ha sido de 85% desde 2010 a la fecha. Asimismo han aumentado los casos de pacientes con VIH no nacidos en Chile, es decir migrantes o extranjeros. El año pasado se confirmaron 6.900 casos en Chile, de los cuales 4.339 corresponden a chilenos y 2.580 a extranjeros. Preciso que no cuentan con información disponible para afirmar si esos extranjeros se contagiaron en Chile o no y en qué momento.

Asimismo informó que hasta junio de 2018 había 430 casos confirmados de VIH en menores de 13 años, de ellos 239 estarían asistiendo a controles, 235 estarían en tratamiento, 73 habrían fallecido y 43 estarían “perdidos”, es decir, han desaparecido de sus controles.

Manifestó como Sociedad Chilena de Infectología los siguientes puntos fundamentales:

- 1) Educación sexual desde la infancia siendo reforzada en la adolescencia.
- 2) Campaña permanente en adultos, pues las personas no tiene relaciones sexuales solo en las dos semanas de diciembre en que se realiza una campaña publicitaria. Esta campaña permanente debe incluir gratuidad en la entrega de condones femeninos y masculinos, y facilidad de acceso a ellos.
- 3) Simplificar el diagnóstico y eliminar el consentimiento informado escrito.
- 4) Ampliación del testeo de enfermedades de transmisión sexual, no solo de VIH, sino que también se debe considerar la clamidia, sífilis y gonorrea.
- 5) La implementación de la prevención pre-exposición (PrEp) y post-exposición (PEp) en la salud pública. Agregó que el PrEP no era una pastilla anticonceptiva y por lo tanto su entrega debe ser supervisada por personal de salud, pues no se trata de un anticonceptivo. Sostuvo que países como Brasil lo tienen incorporado y España e Inglaterra lo tienen masivamente incorporado y han demostrado una disminución en los números de transmisión de VIH en forma significativa. Su uso no está en discusión, el punto es que hay que hacerlo bien y con un presupuesto necesario y adecuado.
- 6) Optimización del control por la transmisión vertical (de madre a hijo en el embarazo), para lo que sería necesaria una inyección presupuestaria para que en los Servicios Públicos se pueda realizar una segunda prueba de VIH a las mujeres en periodo de gestación.
- 7) Fomento a la investigación respecto del VIH, que según la legislación actual es deber del Estado. Es necesario un presupuesto exclusivo para investigación;

para prevención, para tratamientos, para el desarrollo de nuevas tecnologías, medicamentos, estudios epidemiológicos o clínicos.

Finalmente señaló que el VIH era una patología compleja que requería una especialización bien acuciosa para manejarlo. Eso es en el área médica estricta, pero existe en la salud pública un déficit mayor en psicólogos, apoyo de nutricionistas, que también se supone que está avalado por el GES, químico-farmacéuticos, matronas y enfermeras.

15. Valeria Stuardo Ávila, académica de la Universidad de Chile.

Comentó que lo que se observa cuando se habla de epidemia en Chile y en el mundo en general es la punta del iceberg y que tiene que ver con la cantidad de muertes relacionadas al SIDA, al VIH y a las ITS, no obstante el problema es más profundo y dice relación con la enfermedad subclínica o incompleta; la enfermedad inaparente; los portadores asintomáticos; los “infectados”; las personas que viven con VIH que no están diagnosticadas, o con otras ITS. Todas estas personas están en riesgo; son “poblaciones vulnerables” que requieren ser visibilizadas.

Existen diversas estrategias preventivas descritas a nivel internacional, como la prevención combinada, referida a una serie de estrategias que no solo son biomédicas, sino que también tienen que ver con la estructura y con la conducta, y que ayudan en conjunto a mejorar, a diagnosticar mejor, a tratar mejor y a asegurar una vida más digna a las personas que viven con VIH y ayuda a la prevención de las personas que no lo tienen.

Existen consideraciones de género, de orientación sexual, de etnia, de edad a considerar en la elaboración de una política pública que refuerce la permanencia en tratamiento de, lo que es ahora, una enfermedad crónica, por lo que sería fundamental considerar tanto la evidencia científica, como la participación de la sociedad civil en instancias de toma de decisiones, que en estos momentos es nula o casi nula.

En Chile quienes toman las decisiones no han podido predecir y advertir la reemergencia de la “epidemia” porque ha existido un olvido constante y hoy las cifras no están en el 74%, sino en el 100% en relación a las que se tenían en el año 2010. Por lo tanto, ha habido un aumento de la “epidemia” de forma sistemática en los últimos nueve años, según cifras que se conocen actualmente.

El actual sistema de vigilancia sería un sistema de primera generación, es decir, “pasivo” y que “básicamente se dedicaría a contar casos diagnosticados”, sin incluir determinantes sociales en las tasas de notificación. Por ello, es imprescindible mejorar la vigilancia del VIH en Chile; la prevención primaria y secundaria, términos que se deben aprender a manejar. Explicó que prevención primaria significa llegar antes de que la persona se enferme y, prevención secundaria, significa atención de las personas que ya están con la enfermedad.

Existe además la necesidad imperiosa de implementar un testeo de base comunitaria, con financiamiento permanente a las organizaciones sociales, y no como los actuales, que si bien, en términos de sensibilización, ayudan, solo constituyen una política de parche que no solucionan el problema de raíz.

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

Opinó que para enfrentar la situación es imprescindible sentar las bases en la promoción, protección y respeto de los derechos humanos; se debe adaptar a los entornos locales, teniendo en cuenta el contexto socio-epidemiológico y cultural; se debe estar al día en las técnicas diagnósticas; tener en cuenta las estrategias de prevención combinada y, por último, considerar que la participación comunitaria es trascendental.

Aseveró que el sistema de salud no ha desarrollado estrategias acordes a los entornos locales, teniendo en cuenta el contexto socio-epidemiológico y cultural que tiene cada una de estas poblaciones, situación que sería subsanada si el testeo se encontrara a nivel comunitario, y desarrollado por ONGs, tal como se ha hecho en España, Perú y Brasil.

Enfatizó que Chile tiene un gasto en antirretrovirales que casi se lleva todo el presupuesto de VIH y que existe 40% de retardo diagnóstico, o sea, de personas que llegan a atenderse cuando ya están en etapa SIDA.

Reiteró que la vigilancia es de primera generación, pasiva, sin que exista una vigilancia activa de la "infección", que tiene que ver con conocer los determinantes sociales que están detrás de las altas tasas de prevalencia o de las tasas de notificación.

Criticó la baja o casi nula participación de la sociedad civil en la instancia de toma de decisiones y la inexistencia de políticas preventivas de largo alcance.

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

Mencionó que es interesante crear fondos específicos para movilizar a las organizaciones y sensibilizar a la población, pero no se puede conocer cuántos casos se detectan. Existen diferentes estrategias de muestreo que permiten llegar a poblaciones específicas. Cuando el testeo comunitario está sentado en las bases de la organización social de forma permanente, con gente especializada trabajando en eso, a largo plazo, el diagnóstico será mejor.

Indicó las cifras que da el ISP acerca de casos diagnosticados no son las mismas que hay en el reporte de epidemiología del Ministerio de Salud, que son las tasas de notificación; son más bajas, porque solo es un conteo de las personas que, efectivamente, entran al sistema. En cambio, el ISP tiene registro de todos los que se diagnostican. Entonces, hay una pérdida importante. Cuando esto se hace de la mano de las organizaciones sociales esa pérdida disminuye considerablemente.

Sostuvo que hay muchas estrategias preventivas eficientes y que en Chile no se aplican, por desconocimiento o porque no hay presupuesto o porque quienes toman las decisiones no están dispuestos a invertir en esto.

Afirmó que esta “epidemia” estaba concentrada, lo que significa que está en determinados grupos pues en la población general alcanza a menos de 1% y en poblaciones específicas es mayor a 5%, pues está especialmente concentrada en hombres, en la población gay, en otros HSH y en hombres homo-bisexuales.

Precisó que para llegar a esas poblaciones se debe contar con estrategias específicas pues necesitan políticas preventivas focalizadas. Hoy la diversidad sexual, cultural y social es algo que existe, real y no se puede categorizar a las personas como homosexuales o heterosexuales, de ahí que criticó las campañas preventivas del último tiempo porque no guardan relación con la realidad social, cultural y menos epidemiológica del país.

Sostuvo que cuando se hace un testeo masivo, llega a la población general y se registrarán cifras parecidas a la prevalencia en población general, ya sea 0,5, uno o dos casos positivos. En la población clave se encontrará más, porque ahí hay mayor prevalencia de enfermedad.

Asimismo, mencionó que existe también mayor prevalencia en grupos jóvenes y de eso también hay que hacerse cargo. La diversidad sexual hoy en día es tremenda, pero se carece de herramientas para expresarla de la mejor y más segura forma posible.

Sin embargo, afirmó que en Chile no existen políticas intersectoriales coordinadas de prevención primaria y secundaria efectivas en el periodo, donde se consideren dimensiones como el género, interculturalidad, edad, entre otros. Tampoco se habría considerado el hecho de que el VIH/SIDA se encuentra concentrada en poblaciones claves, las que presentan dificultades de acceso a las estrategias de prevención y a los Servicios de Salud disponibles.

Enfatizó la importancia de mejorar el acceso a la prevención combinada: Preservativo, PrEP, PEP (tratamiento post) a las poblaciones más afectadas (HSH, trabajadores sexuales y personas privadas de libertad), a través del trabajo comunitario, con centros de salud sexual emplazados en la comunidad y a cargo de las ONGs que han estado trabajando los temas de VIH/SIDA con poblaciones vulnerables. Agregó que el Plan Nacional de VIH/SIDA carecía de información científica para ser desarrollado, acorde a las actuales necesidades.

Finalizó señalando que efectivamente las políticas preventivas no existen en Chile, son muy escasas, y las que existen no están bien pensadas. La verdad es que hay países que vienen de vuelta pues lo vivieron hace 15 años, lo implementaron y lograron su objetivo mientras que en Chile aún está en pañales y para lograr avanzar es necesario diálogo, trabajo intersectorial, transdisciplinario y recursos que permitan intensificar la prevención del VIH para que su tratamiento resulte financieramente accesible y sostenible.

16. Mario Calvo Gil, Director del Instituto de Medicina de la Universidad Austral⁷⁰. Comentó que en Chile las cifras han ido en aumento en esta materia, no obstante que en gran parte del mundo la enfermedad ha ido disminuyendo en incidencia. Sostuvo que hace diez años Chile se ubicaba bajo los países sudamericanos y que en dicho momento la revista JAMA⁷¹ publicó una estadística

⁷⁰ Presentación disponible en el sitio electrónico <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172501&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

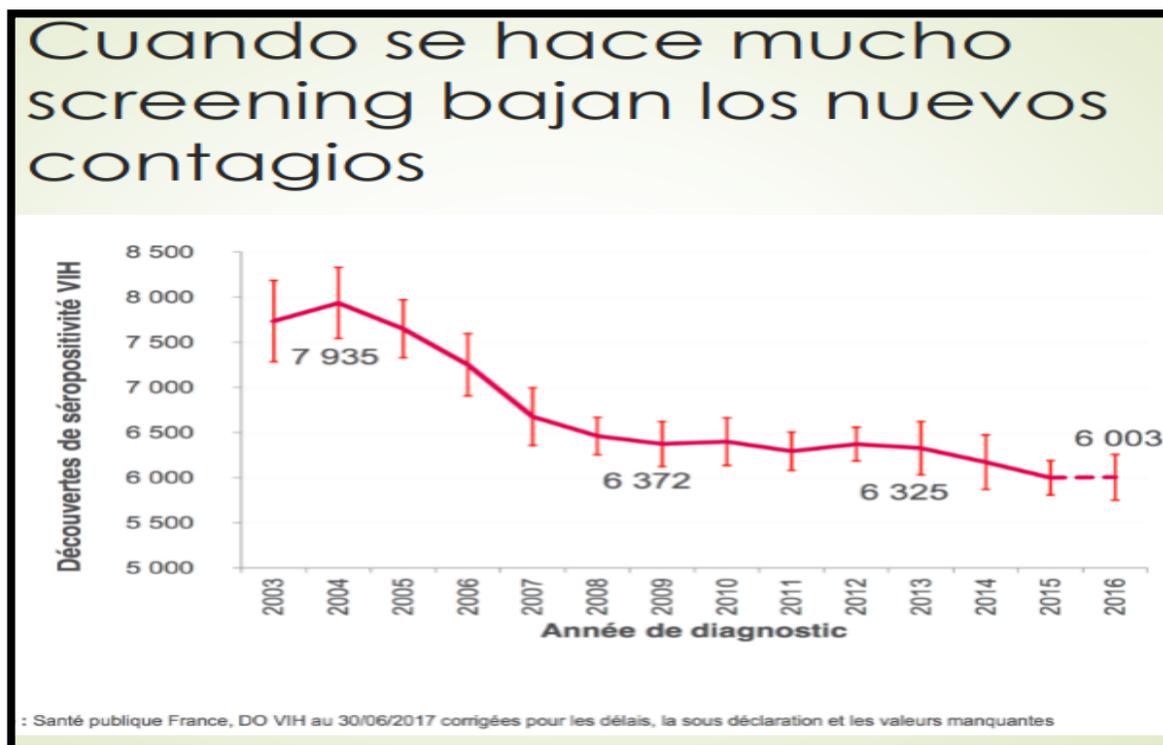
⁷¹ Es una revista médica general internacional revisada por pares.

que concluía que si Chile invirtiera un porcentaje de su producto geográfico bruto, que era bastante bajo, en prevención y tratamiento, conseguiría prácticamente erradicar la enfermedad, sin embargo esa oportunidad se perdió.

Indicó que se debe trabajar para llegar a cifras que permitan contar con un buen diagnóstico. En Chile se supone que se está alrededor del 70%, dependiendo de cuánto se calcule la incidencia. En este sentido indicó que se ha planteado que el *screening*⁷² no previene el VIH porque es una evaluación, no obstante, esta mirada es cortoplacista y limitada en cuanto a comprender lo que es un proceso completo. Agregó que existen otras enfermedades en las que se hace lo mismo, por ejemplo, frente a un niño inmunodeprimido, no se vacuna con trivírica, sino que se protege a ese niño, vacunando a todo el resto, porque así se asegura que ese niño no se contagie. Esa es una estrategia de prevención y está definida como tal.

Aclaró que la tasa de “contagio” no es igual en el desarrollo del VIH/SIDA, siendo el primer año, y en particular el primer periodo, cuando el virus se transmite con mayor facilidad.

Se observa en el gráfico que muestra la situación de los franceses, que hacen mucho *screening* y después de un *peak* de casos, lentamente empieza a bajar la tasa de casos nuevos.



Antes del año 2005, se teorizó que si se lograba un diagnóstico total y se trataba a todos los pacientes con la calidad de las terapias de esa época, técnicamente se podría acabar con el VIH en el año 2050. Agregó que en Sudáfrica, entre los años 2003 y 2006, se consiguió tasas altas de tratamiento, y el seguimiento dio cuenta de una caída temporal de las tasas de incidencia general de todos los

⁷² Screening es una estrategia aplicada para detectar una enfermedad en individuos sin síntomas.

diagnósticos de VIH. Por lo tanto, por primera vez se logró una demostración de disminución de casos nuevos.

Destacó que, desde los años 90, gran parte de los países desarrollados ya tenía enfoques multimodales de educación y preservativo, sin embargo, en el año 2009, en New England, celebrando los 25 años de la epidemia, se hizo una revisión y se concluyó que los enfoques basados en educación y en preservativos, tienen efecto, pero muy moderado entre 15 a 20%, que no necesariamente logra bajar las tasas poblacionales.

Afirmó que se debe tener un enfoque basado en educación y preservativos, que cambie las prácticas sexuales, considerando toda la educación básica y tener presente que la enfermedad dura de cinco a ocho años en presentarse. Si se quiere bajar las tasas, lo más probable es que entre los años 2037 y 2041 se tenga éxito, es decir, se necesita una estrategia que permita en cinco u ocho años tener menos casos nuevos.

Señaló que quienes más sufren la discriminación por esta enfermedad en Latinoamérica son las mujeres “portadoras”. Informó que, generalmente, este grupo tiene una tasa de alfabetización baja y en la mayoría de los casos fue contagiada por su pareja, - que es quien la mantiene y puede ser maltratadora - y no acepta la enfermedad, por lo que no se medica; y su tasa de mortalidad es muy alta.

Criticó la forma en la que se realizan los exámenes de detección del virus. A su juicio, sería ideal que no existiera la necesidad de firmar un documento para la realización de la muestra, pues esto no hace más que limitar el acceso al diagnóstico y tratamiento e iría en contra de lo que planteó el Centro de Control de Enfermedades de EE.UU., en 2006.

Sostuvo que es una paradoja entregar medicamentos para prevenir cuando el ambiente pone los riesgos, sin embargo, se está recomendando la PrEP, sin embargo no es recomendable dar tratamiento a gente sana, y además de que se cuestiona si es legítimo que el Estado esté obligado a entregar terapia a alguien que se expone por sí mismo a un riesgo. Por otra parte sostuvo que existe una gama de estrategias nuevas en diseño, que se conocerán recién el año 2020 con trabajos para modificar la forma de prevenir.

En el mundo se considera que 380.000 personas están recibiendo algún tipo de PrEP, ya sea en demanda o de forma continua, y el 60% de ellos están en Norteamérica, aunque la han implementado distintos países, no se conoce el costo real por infección prevenida en el país, pero es una estrategia que se sabe que sirve.

17. Elías Jiménez Bravo, representante de la Clínica de Interés Público de la Universidad de Chile⁷³. Comenzó su exposición afirmando que en el año 2012 la ONU realizó una comisión investigadora global respecto de VIH/SIDA y derechos, donde generó recomendaciones para los legisladores y para los estados miembros con la finalidad de abordar la temática VIH.

Explicó que el Estado tiene el deber de respetar el derecho a la vida, a la integridad física y a la salud. Específicamente en materia de VIH/SIDA tiene una

⁷³ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=171627&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

responsabilidad que deriva del Sistema Internacional De Derechos Humanos, de la legislación nacional y de la jurisprudencia.

Así la Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 1 señala que los Estados Partes se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

En este sentido, afirmó que Chile no respeta el derecho a la vida de las personas, pues no procura su resguardo, es decir, tiene el deber de emprender acciones positivas a través de sus agentes públicos para proteger este derecho.

Eso tiene relación con el artículo 4º referido al derecho a la vida de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y el artículo 5º sobre el derecho a la integridad personal, esto es, que se respete la integridad física, psíquica y moral de cada persona que habita el territorio nacional.

Esto se relaciona también con el artículo XI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes que establece: "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales...". Afirmó que el derecho a la salud es un derecho económico, social y cultural; vale decir, no tiene restricciones, pero sí ciertos elementos que el Estado debe cumplir.

Por su parte, el artículo 45 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos estableció ciertos criterios para entender cómo se cumple este derecho a la salud. Además es adicionalmente complementada por el Protocolo de San Salvador, firmado por Chile en el año 2001, pero sin que haya sido ratificado, que en su artículo 10 dispone que toda persona tiene derecho a la salud, entendiéndose ésta como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico y mental y con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente a adoptar medidas para garantizarlo, como la extensión de los beneficios de los Servicios de Salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado -ahí entra la población migrante-; la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas; la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Asimismo existe jurisprudencia respecto de cómo ha sido entendido el derecho a la salud y como los Estados incurren en responsabilidades respecto de este derecho. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desarrolló lo que debe ser entendido como la defensa y el respeto integral del derecho a la salud por parte de cada Estado miembro, y establece en uno de esos criterios el acceso a la información, que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud. Ello unido con otros principios, como la no discriminación, la accesibilidad física y económica.

Preció que el año 2012 se creó una Comisión Global respecto del Derecho y el VIH, presidida por el expresidente de Brasil, Fernando Henrique Cardoso, ello

porque Brasil fue el primer país de Latinoamérica que estableció una política segura y avanzada respecto de la prevención y protección de las personas viviendo con VIH.

Esta instancia elaboró un informe publicado en julio de 2012, que presenta evidencia y análisis relacionados con la salud pública, los derechos humanos y los aspectos legales y ofrece, además, recomendaciones a los legisladores y encargados de la formulación de políticas, la sociedad civil, los asociados para el desarrollo y los actores del sector privado que participan en la elaboración de una respuesta global sustentable frente al VIH. Asimismo propicia entornos legislativos basados en la evidencia empírica y en los derechos humanos, con el fin de lograr respuestas efectivas y eficientes contra el VIH.

A partir de ello, se extrajeron diferentes conclusiones, dentro de ellas: la protección de las poblaciones clave, como los migrantes; quienes componen la diversidad sexual, ya sea entendida desde la orientación sexual o identidad de género y, las mujeres.

Hizo presente que existe un pronunciamiento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el año 2015 respecto del VIH, el “Caso Gonzales Lluy y otros versus Ecuador”⁷⁴ y más allá del caso específico y de la solución, lo interesante es que la Corte genera criterios generales para entender cómo el Estado incurre en responsabilidad respecto del derecho humano a la salud en perspectiva del VIH-Sida.

Explicó que los hechos corresponden a una niña que recibió una transfusión de sangre contaminada con VIH, por lo cual adquirió el virus, a partir de tal situación, se produjeron una serie de discriminaciones en contra de la menor, en razón de ello, demandó ante la CIDH que declaró la existencia de una vulneración de derechos por el Estado hacia la menor.

En el considerando N° 168 de esta sentencia la Corte manifiesta que en la aplicación del artículo 1.1 de la Convención, los Estados poseen la obligación *erga omnes* de respetar y garantizar las normas de protección, así como de asegurar la efectividad de los derechos humanos. Por consiguiente, los Estados se comprometen no solo a respetar los derechos y libertades en ella reconocidos, sino también a adaptar todas las medidas apropiadas para garantizarlos.

En este sentido, la Corte ha establecido que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativo la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre.

El considerando N° 169 también es relevante al señalar que el deber del Estado es adoptar las medidas necesarias para crear un marco normativo adecuado que merme cualquier amenaza al derecho a la vida. En tal sentido, en Chile solo existe la ley N° 19.779, acompañada con otras normas de menor rango, reglamentarias principalmente, pero no existe un marco regulatorio de respeto del derecho a la salud respecto de la temática de VIH-Sida.

Luego el considerando N° 171 destaca que la Corte estableció que el derecho a la integridad personal está directa e inmediatamente vinculado con la

⁷⁴ Disponible en el sitio: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_298_esp.pdf

atención a la salud humana y que la falta de atención médica adecuada puede llevar a la vulneración del artículo 5.1 de la Convención.

El considerando N° 184, establece que el deber de supervisión y fiscalización es deber del Estado, aun cuando el Servicio de Salud lo preste una entidad privada. Esto es relevante, porque dentro de los planes que está proponiendo el programa de salud del Ministerio de Salud, otorga un fuerte énfasis respecto de la utilización de concesiones para el *test* rápido. Es decir, si alguno de esos *test* falla, por más que venga de una empresa privada, el Estado también puede incurrir en responsabilidad.

Respecto de la jurisprudencia nacional, precisó que se ha establecido que clínicas privadas en Chile no están haciendo un buen trabajo. En efecto, es en el ámbito privado donde existe una mayor detección de VIH. Sin embargo, muchas veces, esta detección es porque nunca solicitaron hacer el *test*; sino que se les incluyó dentro de una serie de exámenes pero sin informar al respecto. Entonces, efectivamente está teniendo mejores números, porque están detectando más, pero no lo están haciendo con respeto a los derechos de las personas a ser informadas. De ello que el Estado también puede incurrir en responsabilidad si no hace una adecuada fiscalización de los entes privados.

Asimismo, se ha señalado que la obligación de la fiscalización estatal compromete tanto a los servicios prestados directa o indirectamente por el Estado como a los ofrecidos por particulares. Cuando se trata de competencias esenciales relacionadas con la supervisión y la fiscalización de la prestación de servicios de interés público, sea por entidades públicas o privadas, como es el caso de un hospital privado, la responsabilidad resulta por la omisión en el cumplimiento del deber de supervisar la prestación del servicio para proteger el bien respectivo.

El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Así lo ha señalado la CIDH en el citado considerando N° 194. Esto lo podemos cruzar con el acceso a medicamentos, como el PrEP (Profilaxis Preexposición) y el PEP (Profilaxis posexposición).

En este punto, señaló que la clínica de interés público comprende que el PrEP hay que implementarlo con educación porque no se puede poner a disposición de las personas sin enseñarles que va a servir para prevenir el VIH, pero que no va a prevenir otras ITS. En esta línea, aludió a que el doctor Afani, afirmó que más del 30% de las personas son detectadas en forma tardía; es decir, en etapa SIDA porque son personas con tos, que no se les pasa hace un mes, que van al médico y no identifican un diagnóstico y, finalmente, les hacen un examen y detectan que tenía las defensas bajas porque estaba en la etapa Sida y recién ahí ingresa al sistema.

Expresó que Chile avanzó en el año 2001 en garantizar la terapia, pero ello es solo un elemento para cumplir con el derecho a la salud de las personas que viven con VIH, así lo ha dicho la CIDH que es la única habilitada para interpretar la Convención Interamericana de Derechos Humanos.

El considerando 240 de la sentencia de la CIDH dispone que el acceso a la educación sobre VIH-SIDA es un elemento esencial de los programas de prevención y atención eficaz y que el Estado tiene la obligación de asegurar que, dentro de su tradición cultural y religiosa, se faciliten los medios apropiados para que

en los programas de enseñanza académicos y extraacadémicos se incluya información eficaz sobre el VIH.

En este punto indicó que la educación e información a los niños no debe considerarse como una promoción de experiencia sexual temprana, sino que los Estados, por medio de la educación deben promover la comprensión, el respeto, la tolerancia y la no discriminación respecto de las personas que viven con VIH.

Un estándar de la CIDH establece que es necesaria la educación sexual obligatoria sobre el VIH, amén de una educación que establezca una no discriminación hacia personas viviendo con VIH.

Finalmente afirmó que a partir de los parámetros afinados en esta sentencia de la CIDH de todo este entendimiento sobre el derecho internacional de los derechos humanos respecto de VIH SIDA, de las directrices dadas por ONUSIDA y por la Comisión Global de VIH y Derecho, es posible afirmar lamentablemente que Chile no cumple con esos estándares y que el Estado ha incurrido en falta de responsabilidad en cuanto a la forma en que ha tratado el VIH Sida.

18. Carlos Beltrán Buendía, Presidente de la Corporación Sida Chile.

Informó que en el período 2010 a 2017 hubo un aumento del orden de 96% respecto de los casos nuevos de VIH en Chile, pasando de 2.968 a 5.816, y si se considera los registrados durante el año 2018 -6.948 casos- significa un aumento de 2.5 veces en el número de casos nuevos.

Sostuvo que el 47% de los casos nuevos se da en menores de 29 años, lo cual es radicalmente distinto de lo que ocurría en el año 2010. En el período 2010-2015 más del 40% de los casos se daba entre los 30 y 39 años. Actualmente, específicamente en hombres, hay más casos nuevos en los menores de 29 años. A ello debe agregarse el aumento que han experimentado las ETS en los jóvenes. La gonorrea, en los últimos años se ha elevado en los grupos etarios entre los 15 y los 19 y los 20 y 24 años.

La gonorrea es un indicador de exposición a conductas de riesgo y como el VIH puede aparecer varios años después, lo que se puede concluir de lo que ha sucedido con la gonorrea es que existirá un problema con el VIH en los próximos años. Este aumento indica que el problema no va en disminución, en términos de incidencia, sino que va en aumento, porque la gente tiene conductas sexuales de riesgo en el país.

Sobre la migración afirmó que, con la excepción de los venezolanos, que efectivamente vienen a Chile a buscar terapia porque no la tienen en su país, más del 80% de los migrantes han adquirido el VIH en Chile, lo cual significa que el país debiera figurar en los libros de consejería de los viajeros como un país de riesgo de adquirir el VIH.

Los migrantes están particularmente expuestos a condicionantes sociales de riesgo, por ejemplo, se ven expuestos 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.

Sostuvo que el problema en Chile, tanto en los nacionales como en la población migrante es principalmente en hombres, con excepción de la población haitiana, dominicana y en general la caribeña, que tienen una epidemia más generalizada, más al estilo africano, en que la distribución hombre - mujer es similar.

Precisó que en la región el número de casos nuevos ha disminuido solo 1% en los últimos 7 años, entre 2010 y 2017, a diferencia del mundo, donde los casos nuevos han disminuido aproximadamente en 18%.

Respecto de la relación hombre-mujer en toda Latinoamérica, en el año 2013, las mujeres representaban 22% de casos nuevos, y hoy solo 16%, esto demuestra que la epidemia se está hiperconcentrando en hombres jóvenes que tienen sexo con otros hombres, foco en que la migración no queda ausente.

Afirmó que en Chile ha existido un cambio del comportamiento sexual, especialmente en la juventud. Asimismo, una falta grave de políticas públicas y ha existido una invisibilización del problema del VIH hasta el año pasado, en que recién comenzó a discutirse el tema, todos estos factores han agravado aún más la situación.

Los cambios se manifiestan en que 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 drogas recreativas. Todo esto significa la no adopción de conductas de sexo seguro.

Indicó que es fundamental realizar estudios de conductas sexuales en la población. Para ejemplificar su punto, da cuenta que en el estudio llevado a cabo en la Universidad de Santiago, más del 50% de los jóvenes declararon haber tenido más de 2 parejas en el último año, esta información da cuenta de cómo la estrategia planteada en los años 90, de abstinencia, pareja única y uso de condón, ha fallado.

El impacto del uso del preservativo se reflejan en las cifras de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (Encavi) del Ministerio de Salud, las cuales han generado una cierta autocomplacencia ministerial, en cuanto ha sostenido que habría un impacto en el uso de preservativo en la primera relación sexual entre los jóvenes. La primera etapa, esto es los jóvenes entre 15 y 19 años y la segunda etapa los jóvenes entre 20 y 29 años. En la primera etapa, entre los años 2006 a 2016, el uso del condón en la primera relación sexual habría aumentado de 50 a 69% y, en la segunda etapa, de 35 a 51%. Sin embargo, si se especifica a los grupos entre 15 a 24 años, en la Encuesta Nacional anterior el 62,8% de los jóvenes decía usar condón y, en la última encuesta, solo el 22% dijo usar condón.

Aseguró 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 se comparan las mismas dos encuestas nacionales de salud, 2009-2010 y 2016-2017; en la primera, 44% de los encuestados pertenecientes al grupo etario entre 25 y 44 años, dijo haberse hecho el

test, y en el año 2016 solo 24%, en síntesis existe más población que no se ha hecho el test. Agregó que un estudio de prevalencia de VIH/SIDA que se llevó a cabo con jóvenes que estudian en la Universidad de Santiago, los jóvenes asistieron masivamente a hacerse la prueba, pero 76% declaró que no se habían hecho antes el test, lo que da muestras de que los jóvenes tienen interés por el testeo, pero no tienen acceso real a hacerse el test.

Sobre la prevención combinada, que es la que recomienda la OMS, explicó que consta de tres áreas de intervención que no han funcionado en Chile porque no están enfocadas en la prevención combinada en adolescentes en lugares de alta prevalencia, ni tampoco en los migrantes. En esta línea opinó que se debía mejorar el acceso a la prevención combinada: preservativo, PrEP, PEP (tratamiento post) a las poblaciones más afectadas (HSH, trabajadores sexuales y personas privadas de libertad), a través del trabajo comunitario, con centros de salud sexual emplazados en la comunidad.

Sobre los programas integrales de condones, sostuvo que existen 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 y no existe políticas innovadoras para poner los condones en una posición de fácil acceso para los jóvenes.

Indicó que la introducción de la PrEP, la Profilaxis Preexposición, se está realizando en forma lenta, no obstante, tiene que darse 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 el 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 se recomienda desde la Asociación Panamericana de Infectología como los estándares de testeo y prevención en los jóvenes.

Un piloto de testeo se realizó a fines del año 2017 y principios del 2018 en que por primera vez en Chile se aplicaron los test rápidos, antes de noviembre de 2017 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. Precisó que el testeo es parte de la prevención, no hay prevención sin testeo”, pero por si solo no resuelve el problema, debe ir dentro de un plan de prevención combinada. Esto es fundamental, considerando que Chile actualmente tiene 40% de retardo en el diagnóstico por las dificultades de acceso que tienen las diversas poblaciones vulnerables al test.

Sobre la inversión en antirretrovirales, indicó que hay un aumento importante del costo que debe asumir el Estado. Desde el año 2017 al 2018 creció de 63.500 millones a 98.300 millones de pesos, y para el 2019 estaba presupuestada una expansión de 124.000 millones de pesos que no se concretó y se mantuvo el presupuesto en 98.300 millones. Consideró que la inversión en tratamiento en Chile era muy alta, mientras que en el año 2017, el presupuesto destinado a prevención fue de 2.500 millones de pesos, lo que representa el 3,5% del presupuesto, pese a la

recomendación de la OMS de que el presupuesto destinado a prevención no puede ser inferior al 15 o 20% del total destinado a la acción contra el VIH.

En el año 2018 el anuncio del Plan Nacional 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% del total de la inversión en el combate contra el VIH destinado a prevención. Dicho monto se destinaba a las áreas de 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.

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

Respecto del test rápido se dijo que estaría en el ciento por ciento de los Establecimientos Primarios de Salud (APS), más nivel comunitario y autotesteo, con la meta de testear al 60% de la población de 15 a 29 años y al 20% de la de 30 a 49 años, lo que aún no se ha cumplido porque el protocolo PrEP no ha llegado aún a los hospitales y que hay un desabastecimiento del fármaco en el sistema de salud público.

El Plan contemplaba 1.850.000 test rápidos, pero se han realizado alrededor de 100.000 durante este año, bastante lejos del 1.800.000 y de los 1.800 que se había aplicado hasta el año anterior, por lo menos, la disponibilidad del test rápido en los APS está en el ciento por ciento y durante este año comenzó a entregarse el test rápido para realizar las pruebas en el nivel comunitario.

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

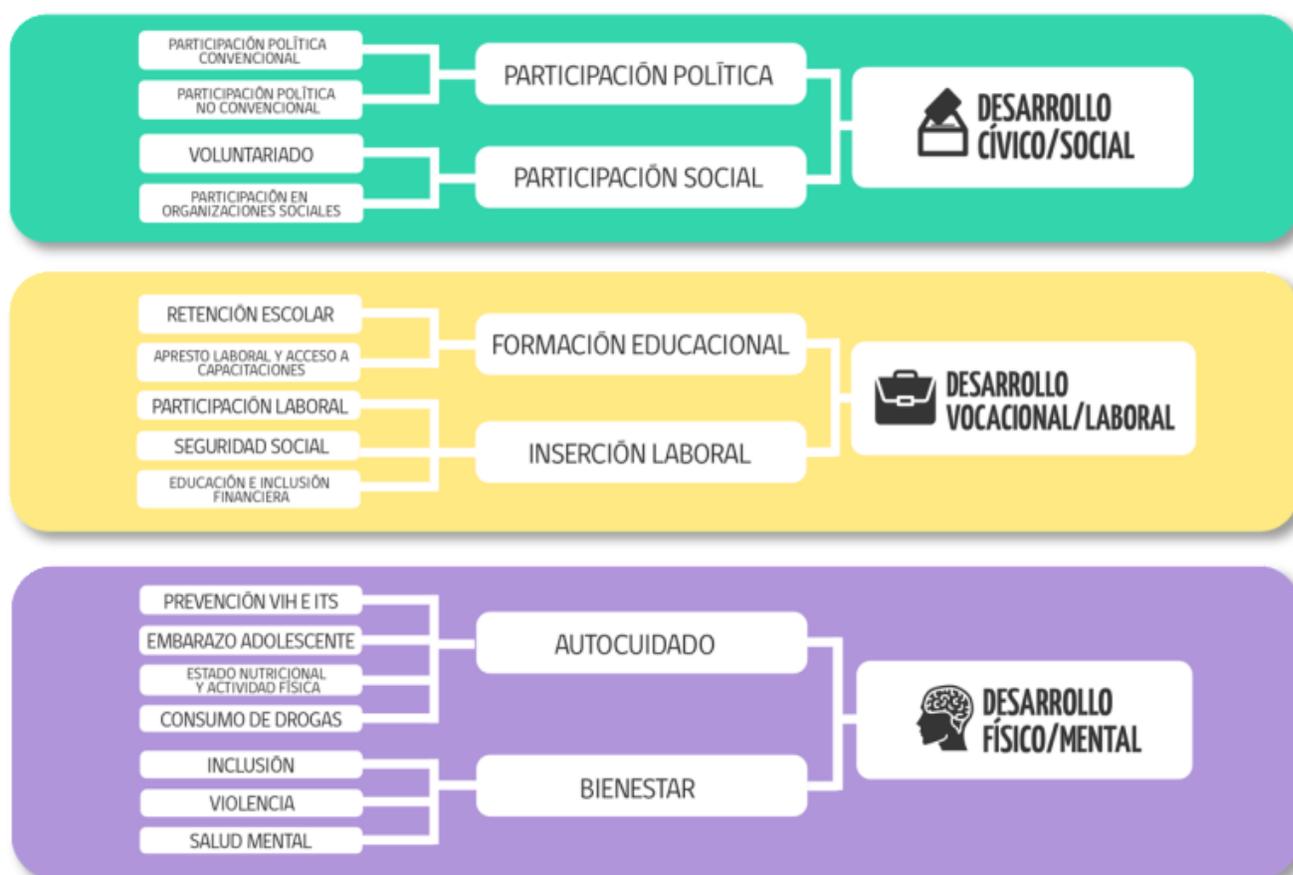
Sobre la ley N° 19.779, que data de diciembre de 2001, es una ley para 600 casos nuevos al año y no los 8.000 a que llegaremos este año, por ello tiene procedimientos anticuados, por ello es necesario modificarla estableciendo procedimientos más modernos, por ejemplo la confirmación diagnóstica, en esa época se basaba solo en la medición de anticuerpos, ahora hay cargas virales, por tanto actualmente existen posibilidades de hacer un procedimiento de testeo mucho menos burocrático que el que establece la ley.

Concluyó afirmando que la prevención combinada, que es la realización del test, porque la prevención sin testeo no existe. La repartición de condón por sí sola no funciona, tiene que ser acompañada del test, lo que ha sido bastante promovido en alguna de las últimas campañas. Asimismo que de la situación actual son responsables no sólo todos los que están y los que han estado en los Ministerios durante estos años, sino que también la sociedad en su conjunto; las familias; los científicos, que no han tenido a lo mejor la constancia o la creatividad para buscar nuevas fórmulas de prevención; el Poder Legislativo y la sociedad civil.

19. José Tomás Valdés Eskenazi, jefe de gabinete del Director del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Indicó que el INJUV es un organismo de servicio público encargado de colaborar con el Poder Ejecutivo en el diseño, planificación y coordinación de las políticas relativas a los asuntos juveniles. Agregó que orienta su trabajo a los y las jóvenes de entre 15 y 29 años, coordinando las

políticas públicas de juventud que se originan en el Estado. Asimismo, genera programas que fomentan la inclusión y participación social, el respeto de sus derechos y su capacidad de propuesta, poder de decisión y responsabilidad.

Comentó que los ejes prioritarios de trabajo del instituto son:



Durante los últimos años, INJUV ha facilitado el acceso y disponibilidad a métodos de prevención para las y los jóvenes a través de las Direcciones Regionales e Infocentros a lo largo del país, una iniciativa que promueve la sexualidad responsable y que también busca prevenir embarazos no deseados. Así se han entregado desde hace varios años preservativos y en el 2018 se repartieron casi 120.000 a nivel nacional por medio de las Direcciones Regionales pues en cada región existe un stock, que luego se reparte.

Afirmó que los adolescentes chilenos cada vez inician su vida sexual de forma más temprana, sin embargo, y de acuerdo a cifras del sondeo "Derechos Reproductivos" (sondeo N°5 de 2014), 47% de los jóvenes afirmó que "la información sobre cómo utilizar los métodos de prevención es escasa", lo que implica perseverar en la elaboración de planes de sexualidad y afectividad efectivos, y a la vez dinámicos, capaces de interpretar a las nuevas juventudes.

Por otro lado, indicó que muchos jóvenes que han incurrido en conductas de riesgo, por temor o vergüenza prefieren guardar silencio, sin acercarse a un centro asistencial, solicitar el test y saber si son o no VIH-positivo y aun cuando el MINSAL ha dispuesto test rápidos en todos los consultorios, no se acercan. Opinó que la forma

de llegar rápida y efectivamente a ellos es que el Estado se vincule con la ciudadanía, porque el VIH detectado de manera temprana y bajo el correcto tratamiento, mejora enormemente la sobrevivencia de las personas.

20. Soledad González Vidal, profesional temas programáticos del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Señaló que se realizó un análisis de los problemas prioritarios de los jóvenes y que a raíz de sus resultados se han centrado en el desarrollo físico/mental, que dice relación con el VIH en los jóvenes.

Agregó que entre el 4 de enero y el 16 de enero 2019 se realizó una encuesta telefónica a jóvenes entre 18 y 29 años sobre percepciones de conductas de riesgo, ITS y VIH, de sus resultados se concluyó que:

a) Casi 14% de los participantes indicó que la falta de educación sexual/mala educación sexual es uno de los principales problemas que afectan a las personas jóvenes, posicionándola en el tercer lugar después de falta de educación de calidad y drogadicción.

b) Aproximadamente nueve de cada diez jóvenes encuestados declararon haberse informado de infecciones de transmisión sexual y del VIH-SIDA.

c) Las principales fuentes de información desde donde los jóvenes se han informado son las redes sociales, los profesionales de la salud y páginas de internet. En tanto sus redes familiares o de amistades son las fuentes desde donde menormente han obtenido este tipo de información.

d) Los jóvenes manifiestan que sí tuviesen sospechas ante posibles “contagios” de ITS o VIH-SIDA, los médicos expertos y su familia serían los primeros actores a que acudirían.

e) 97,1% de los jóvenes encuestados señalaron que están muy de acuerdo con que se realicen campañas de prevención del VIH en su lugar de estudios. En este mismo sentido, el 90% -aproximadamente- manifestó que si tuviera alguna infección de transmisión sexual se lo comentaría a algún cercano de confianza.

f) Respecto a ciertas conductas asociadas, nueve de cada diez encuestados indicó que está de acuerdo con solicitarle a su pareja que se realizara el test del VIH. En esta misma línea, casi tres cuartos de los consultados está de acuerdo con la afirmación “Mi familia me transmitió la necesidad de utilizar métodos de protección en mis relaciones sexuales”.

g) Más del 80% de los encuestados opinó que hoy en día es muy o bastante probable contagiarse con VIH, y contagiarse con alguna ITS. En tanto, aproximadamente el 73% de los encuestados y encuestadas manifestaron que es muy o bastante probable conseguir preservativos o condones de manera gratuita.

h) El 56,7% de los consultados se han realizado el test del VIH, de los cuales principalmente son mujeres (67,3% en comparación con el 46,4% de los hombres). De esta manera, los principales motivos por el que se realizan este test son por control de embarazo (29,9%) y por rutina (27,2%).

Informó que a partir de los resultados⁷⁵ se decidió trabajar en colaboración mediante un convenio con el Ministerio de Salud, en distintos ejes estratégicos. La idea es que las políticas sean hacia afuera, de manera de acercarse a los jóvenes.

21. Bernardita Crisóstomo Ulloa, analista área de estudios del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Complementó que el estudio referido anteriormente se realizó, en el marco de la dimensión de autocuidado y bienestar, y que se sondearon telefónicamente a 1.107 jóvenes entre 18 y 29 años sin considerar a los menores de edad, porque es una materia muy sensible. Agregó que se trataba de un estudio representativo a nivel nacional y desarrollado por un centro de estudios de la Universidad Católica.

Sintetizó que se concluyó que la mayoría de los jóvenes declara haberse informado sobre temas de VIH e ITS, aunque a la hora de evaluar sus conocimientos lo hacen en promedio con una nota 5 o inferior. En cuanto a sus fuentes de información preferidas, las principales corresponden a las redes sociales, internet o plataformas digitales, además de profesionales. Es decir, un conocimiento más técnico, impersonal, pero también digital.

Asimismo se estableció que a pesar de tener una alta percepción de riesgo asociado a las ITS y VIH, un cuarto de los jóvenes considera que es poco probable acceder a preservativos gratuitos y el 20% de los encuestados asegura que mantendría relaciones sexuales incluso si no contara con preservativos. Apuntó que debido a ello, 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.

Por otro lado, el sondeo arrojó que existe una alta disposición a realizarse el test de VIH y una gran recepción a las campañas preventivas en terreno (como establecimientos educacionales). Finalmente sostuvo que esta buena disposición era una oportunidad que no se debía desaprovechar ya que los jóvenes efectivamente estarían dispuestos y sería una muy buena iniciativa apoyarlos.

22. Fernando Muñoz Figueroa, representante del Movimiento por la Diversidad Sexual, (MUMS Chile). Indicó que este movimiento nació en el año 1991, y que inicia su trabajo sobre el VIH en 1997, de la mano de la entonces CONASIDA que hoy corresponde al Programa Nacional de VIH. Agregó que su trabajo ha estado enfocado en salud sexual, en derechos humanos y en una participación, en conjunto con el Ministerio de Salud, la Secretaría General de Gobierno, CONICYT y otros organismos internacionales como el ONUSIDA, PNUD, la OPS, la Fundación Ford, Hivos y Robert Carr, entre otras.

Precisó que desde el punto de vista de la epidemiología y según ONUSIDA, se está en presencia de una epidemia incipiente cuando todas las poblaciones no presentan una prevalencia más alta que 1%%. Chile presenta una concentración de casos mayor a 5% en el universo de HSH, el que abarca a hombres gays, transfemeninas y hombres que no se reconocen como homosexuales o gays, pero que igualmente tienen prácticas sexuales con otros hombres, lo cual es bastante extendido, más allá de lo que se piensa. De ahí que se esté en presencia de una epidemia concentrada; es decir, una epidemia que se ha propagado específicamente en una población, pero que al ver la panorámica completa, está presente en menos del 1% de la población total.

⁷⁵ Disponibles en el sitio web http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Sondeo_VIH_INJUV.pdf

En este sentido, precisó que para tener éxito frente al VIH hay que concentrarse en las poblaciones con mayor riesgo de exposición, es decir aquellas que tienen más probabilidades de estar expuestas al VIH o de transmitirlo.

Explicó que, en ese sentido, es más eficiente focalizar los recursos en la población específica afectada. Ello, en su opinión, no ha ocurrido, es más opinó que una de los factores que ocasionó esta crisis sanitaria en relación con el VIH, fue precisamente no haber enfrentado adecuadamente la “epidemia”, al ser tratada como una enfermedad general que afecta a toda la población.

Al respecto, mostró un gráfico elaborado con datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, que indica que de los casos existentes, 36.000 corresponden a hombres, es decir, 84%, y solo 14% a mujeres, aun cuando la “epidemia” ha aumentado entre las mujeres sigue estando fuertemente concentrada en varones, por lo tanto, es ahí donde se debe poner el énfasis.

Por otro lado, el mismo Departamento reportó que hasta 2015 la mortalidad por VIH se concentraba en un 87% en varones. Esto puede explicarse porque en esta población el reporte suele ser tardío, es decir, el diagnóstico de una persona con VIH o en etapa SIDA se da más en varones que en mujeres, esto porque la población femenina adhiere más a los controles de salud, lo que explica que su diagnóstico sea más temprano. En el 66% de los casos el afectado declara que se origina por vía de relaciones entre hombres.

De acuerdo con el mismo Departamento ese perfil evidencia la mayor vulnerabilidad de esos grupos, que presentan dificultades de acceso a las estrategias de prevención y a los Servicios de Salud disponibles.

En relación con la prevalencia, explicó que alude a la cantidad de casos que existen en una población específica o en un grupo determinado, en hombres, en mujeres, en jóvenes o en adultos y aun cuando estos datos son del año 2014, advirtió que la situación no ha variado mucho.

En el estudio Chiprev de 2010⁷⁶ la prevalencia en HSH es de 21%, mientras que el cálculo de ONUSIDA lo situaba en 10,43%. Las mujeres trabajadoras sexuales aparecen con 0,63%, los hombres clientes de comercio sexual con 0,43%, las personas privadas de libertad con 0,50%, las mujeres de población general con 0,05% y los hombres de población general con 0,12%.

Cabe mencionar que existe un estudio del año 2017 de la Universidad de Chile que arrojó que la prevalencia de HSH alcanza a 17 puntos. Ese es un estudio cuyos autores son la doctora Valeria Stuardo y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Señaló que la primera etapa abarca desde la creación de CONASIDA hasta el año 2000, esta Comisión estuvo compuesta por varios subsecretarios y tuvo carácter transversal, y por tratarse de una Comisión Presidencial, tenía un estatus mayor que el de un programa de cuarto nivel, como el de hoy, según el organigrama del Ministerio.

⁷⁶ Disponible en el sitio del Ministerio de Salud. <https://diprece.MINSAL.cl/programas-de-salud/programa-vih-sida-e-its/informacion-a-la-comunidad-vih-sida-e-its/biblioteca/>

En esencia, durante los primeros años de esta Comisión se cumplieron a *grosso modo* los objetivos, es decir, se alertó a la población, se hicieron campañas masivas y se instaló el tema en la sociedad, según el reporte de evaluación.

La DIPRES ha hecho dos evaluaciones al Programa Nacional de VIH, una de ellas en el año 2000 y la otra en el 2010 y concluyó que en términos generales, en esa primera década se cumplió con instalar el tema del VIH, sin embargo se debía profundizar las acciones preventivas, no obstante cuando a fines de los años 90 se iniciaron los tratamientos con antirretrovirales se inició una carrera desenfrenada por el gasto en medicamentos, pero no se aumentaron los presupuestos de prevención.

Un segundo periodo abarca desde el año 2000, es decir, después de esa primera evaluación de la DIPRES, hasta el 2011. En el año 2005 nace la Subsecretaría de Salud Pública y se implementó el Plan AUGE, con la creación de esta Subsecretaría se le traspasó a las SEREMI de Salud la posibilidad de realizar acciones directas y CONASIDA se transformó solo en un ente normativo. Las SEREMI iniciaron el trabajo directo con las poblaciones más vulnerables y el tema prioritario comunitario.

Indicó que el año 2009 mediante la Ley de Transparencia se les informó que el monto total destinado por las SEREMIAS de Salud respecto de proyectos de prevención grupal, era aproximadamente de 140 millones de pesos lo que resulta poco si se divide ese monto por la población total. De ellos, solo 12.800.000 pesos fueron destinados a iniciativas focalizadas, porque también se gastaba mucho en capacitaciones y otras actividades. De ese total, solo 22% fue destinado exclusivamente a HSH, según la respuesta que se les entregó.

Lamentablemente, esta situación, indicó, se mantiene más o menos igual hasta hoy, con cifras del orden de 140 o 145 millones de pesos para prevención por año, que es lo que ejecutan las autoridades sanitarias a nivel nacional.

Hizo presente que entre los años 2003 y 2008 existió el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, que fue un proyecto adicional de varios millones de dólares que se hizo con cooperación internacional que de alguna forma ocultó nuestras falencias.

El informe de DIPRES concluyó con una serie de recomendaciones. La primera fue fortalecer y ampliar las acciones de prevención, de modo de alcanzar a las “poblaciones vulnerables, prioritarias y emergentes”, actualmente con coberturas muy insuficientes. La segunda fue avanzar en la detección precoz del VIH, que tampoco fue acogida. No obstante un informe con propuestas entregado a la Subsecretaría de Salud de la época, doctora Liliana Jadue, indicaban la necesidad de mejorar las coberturas en las poblaciones claves.

En conclusión, si bien se cumplieron las normas generales de prevención en el primer periodo, en la segunda década el tema estuvo bastante más complejo, no obstante, en el año 2011 se visualizó con claridad los problemas y, sin embargo, no se hicieron las correcciones, no obstante, las advertencias de la DIPRES y de la sociedad civil.

En el año 2011 se lanzó la campaña “Hazte el examen”, cuestionada porque dejó de lado la prevención centrandolo todo el esfuerzo en la promoción del examen que no previene el VIH, sino las crisis de salud por SIDA. Explicó que el VIH es diferente al SIDA, pues este último se refiere a las personas cuando ya están en

crisis de salud. Es decir, el examen de detección ayuda a prevenir el SIDA, a bajar las crisis por VIH y tal vez la mortalidad, pero no previene la adquisición del VIH, eso lo hacen las conductas saludables, por ejemplo, el uso permanente de condón.

Indicó que en esta campaña se hicieron muchos exámenes, pero se encontraron muy pocos casos, porque el Ministerio no fue capaz de dirigir los esfuerzos hacia los lugares donde efectivamente estaba la "epidemia". Por tanto, la estrategia de hacer el examen, que es muy biomédica y muy centrada en el tratamiento, no fue efectiva.

En el año 2007 la entonces Ministra Castillo informó que los montos de la prevención ascendían aproximadamente a 145 millones, es decir entre los años 2009 y 2017, no hubo avances en este punto. Estos datos fueron cruzados con la información del Censo último y se concluyó que la región Metropolitana contaba con un presupuesto de 5 pesos por persona para la prevención, es decir, lo que tiene la SEREMI de Salud de la región Metropolitana para hacer prevención en la región más poblada del país, lo mismo en la región de O'Higgins y en Valparaíso, que cuenta con 12 pesos, con lo que no se compra ni un condón.

Por otro lado, las coberturas que se entregan al Ministerio, es decir, la asignación a través de las acciones preventivas que desarrolla la SEREMI son limitadas, lo que no significa que la estrategia sea mala o que el Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA tenga malas ideas, sino que la política pública no le inyecta recursos.

Precisó que del Boletín Epidemiológico del ISP se observa que los exámenes de mujeres doblan a los de hombres en el año 2013, llegan al 69% de los exámenes realizados. Ello se relaciona con una inequidad de nuestro sistema público de salud que está muy centrado en la salud reproductiva y en el control de embarazo dejando fuera a los hombres jóvenes y a los varones en general. Reitero, que esto se debía a que el sistema público de salud presenta barreras en el acceso para realizar los exámenes para hombres en general y en especial a los HSH.

Indicó que en el VIH no está entre las prioridades de la salud pública, en particular de la atención primaria de salud. La atención primaria de salud tiene otros indicadores, su *per cápita* y su presupuesto dependen del número de mujeres embarazadas y del número de controles que realizan en otras enfermedades distintas al VIH. En efecto, los test rápidos están en muchos consultorios, pero cuando una persona solicita un examen de VIH, el test puede estar listo en 15 minutos, pero la hora se la dan para tres o cuatro semanas después. Esto desincentiva a los usuarios, mientras que una persona que tiene su orden puede recurrir a un laboratorio privado y realizar el examen en menor tiempo.

Sostuvo que la evaluación de la DIPRES, en el año 2000, indicó la necesidad de mantener las campañas y mejorar las acciones de prevención. Esta recomendación no fue implementada ni en los gobiernos de Ricardo Lagos ni en el de Michelle Bachelet. La incorporación del Plan AUGE garantizó la cobertura de la terapia antiviral y permitió estabilizar la mortalidad durante algunos años. Si bien esta se estabilizó durante un período de tiempo, hoy existe una mortalidad mucho más alta de la que se había propuesto para el año 2020 con una tasa de mortalidad de 1.2 personas por cada 100.000, siendo la tasa actual de 2.9, lo que es casi el triple.

Precisó que el Plan AUGE fue, por lo menos respecto de las terapias antivirales y acceso a medicamentos, indudablemente un gran avance pues el problema no se centra en los medicamentos, sino que en las nuevas personas que adquieren el virus.

Aseveró que la ausencia de campañas permanentes ha repercutido en la percepción de riesgo frente al VIH y que las campañas de testeo no han logrado llegar a las poblaciones más afectadas. Es más, aseguró que cuando se preguntó por la última campaña de VIH, por vía de Transparencia se les informó que en la última campaña desarrollada el año pasado, no existió metodología de focalización para HSH o para mujeres trans.

Precisó que las organizaciones que trabajan en VIH en forma permanente, en todos los gobiernos, han informado las falencias, incluso a este gobierno y se han remitido cartas en tal sentido.

En consecuencia, propuso ampliar las coberturas en prevención primaria del VIH en las poblaciones clave, mediante el fortalecimiento de la Respuesta Regional Integrada, complementada con el testeo y PrEP, con énfasis en las poblaciones más expuestas al riesgo y que se establezcan relaciones de coordinación con la sociedad civil.

Afirmó que las campañas publicitarias tienen como finalidad mantener la alerta social y tener el tema del VIH presente en la población y no debe ser reducida a *spots* televisivos, en redes o en otros medios. Sin embargo, hay ciertos trabajos que tienen que ser especiales en terrenos con las poblaciones de difícil acceso, y ahí entran las organizaciones sociales, porque no se puede trabajar de la misma forma con los jóvenes universitarios que con las trabajadoras sexuales. Agregó que han estado testeando trabajadoras sexuales, con la Fundación Margen, sin encontrar mayores casos, sin embargo es complejo trabajar en la notificación. La misma situación se da respecto de la población transexual y otras. No obstante, no se puede, centrar todo el debate en el testeo, pues éste previene el Sida y facilita el acceso al tratamiento, pero no evita que se adquieras el virus. Agregó que el test no es preventivo, sino que es una evaluación de una conducta, de una práctica sexual ya realizada.

En relación con el testeo, precisó que su implementación no era fácil, pues en la región Metropolitana hubo una licitación en enero de este año donde se licitaron 30 proyectos para realizar testeos por las organizaciones de la sociedad civil, pero solo se asignaron 17 pues se impusieron requisitos y topes. Por esto hay muchas organizaciones que todavía no han desarrollado la capacidad para implementar los test. Informó que la organización que representa se adjudicó una licitación y se están realizando testeos tanto en la región Metropolitana como en Valparaíso.

23. Manuel Jorquera Gutiérrez, Director Ejecutivo de la ONG Vivo Positivo. Criticó la ausencia de esfuerzos en la prevención del VIH-SIDA por parte de los gobiernos, ya que las campañas solo enfocando en realizar el examen o test rápido para detectar la enfermedad, sin fortalecer la prevención. A su juicio, Chile se está muriendo de SIDA, y no se considera urgente el “contagio” de la enfermedad.

Actualmente el Estado no se preocupa de tratar a personas que ya han sido diagnosticadas, pues así las personas inscritas en estos programas preventivos fuera debidamente atendida, ya no estaría transmitiendo el virus, sin embargo insisten

en buscar personas que se cree pueden tener VIH y gastan reactivos, recursos y dinero, sin concentrarse en los que están diagnosticados para evitar que sigan transmitiendo el virus. Sugirió además que los “contagios” podrían disminuir si el Ministerio de Salud optara por integrar al sistema chileno otras alternativas de prevención además de los preservativos, pues existen medicamentos que se usan en otros países que han controlado mejor la epidemia y que son preventivos, y también otros que se toman días después de la conducta sexual riesgosa sin que de ello se informe.

Denunció que ha existido un desmantelamiento de los programas gubernamentales de control del VIH y así desde el año 2008 la respuesta gubernamental al VIH ha sido disminuida hasta hacerla inoperante porque los logros alcanzados, gracias al Fondo Global, para la Lucha contra el SIDA no fueron sostenidos por el Estado para su continuidad; y que los equipos técnicos, de la entonces CONASIDA, que existían hasta el año 2008, fueron desmantelados.

Lamentó la forma de enfrentar la enfermedad, ya que los esfuerzos no se dirigen a los grupos más afectados. Añadió que se está frente a una epidemia masculina, ya que el 84% de los “contagiados” son hombres.

Criticó que desde la creación de CONASIDA a la fecha se han registrado interrupciones y parcelaciones en la entrega de antirretrovirales, pues no existe un mecanismo eficaz que permita que el Estado compre estos medicamentos en las fechas y cantidades adecuadas, pese a que se conoce para cuándo y cuántos se requiere.

Añadió que la demanda actual de los pacientes es difícil de atender por falta de personal capacitado y por la ausencia de mediciones con exámenes en el sistema público. Hay una guía clínica que recomienda que cada quinientos pacientes haya una enfermera y un médico, pero eso no se cumple.

Dijo que el SIDA afecta mayormente a la juventud porque tienen una frecuencia sexual distinta, con fiestas y plataformas de encuentro sexual, por lo que las políticas públicas se deberían dirigir a ese grupo.

Agregó que Fonasa ha establecido criterios contrarios a las leyes chilenas y a los derechos humanos pues bloquea el acceso a tratamientos por razones administrativas, es decir si una persona que pertenece al Fonasa queda sin trabajo, la bloquean en el sistema, algo que no hacen las Isapres, donde las personas sin trabajo quedan cubiertas por un mes.

Explicó que mientras que el derecho internacional de los derechos humanos establece el derecho a la salud y a la no discriminación, Chile no da cumplimiento a sus obligaciones en cuanto a proporcionar tratamiento contra el VIH a los migrantes permanentes en situación irregular y migrantes temporarios. Ello porque si no cuenta con su RUT no puede acceder a realizarse el test y para acceder hay que pasar por un proceso muy largo. Primero habrá que solicitar un RUT provisorio, y esperar un mes y un día, y en el día treinta y dos de residencia en Chile recién puede elevar una solicitud de permanencia en el país, y con ese solo trámite, aunque sea informado vía correo, queda habilitado para la generación de un RUT. Cuando ello ocurre, el día treinta y dos de permanencia en Chile le pueden tomar la confirmación, porque este test rápido, o el de Elisa, que se debe aclarar solo miden los anticuerpos y no declara su serología, con el certificado del ISP recién va a tener

derecho a acceder al Plan AUGE, que cubre la patología N° 18, Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Lo primero que le van a hacer es tomar la carga viral para conocer el recuento de CD4, y con eso estamos hablando de quince días más. Luego de eso habrá que gestionar una hora al médico, y la hora más próxima es en tres meses y mientras tanto estas personas siguen con sus vidas y podrán transmitir el virus a otros.

Precisó que el análisis del número de casos confirmados de VIH positivos es realizado en el ISP a partir de la información registrada en el formulario de envío de las muestras para confirmación VIH, y que emana de los servicios de sangre y laboratorios clínicos públicos y privados del país, que obtienen un resultado reactivo para el tamizaje de VIH adulto y además de niños hijos de madre VIH positiva.

Insistió en su crítica respecto de que el uso de los test rápidos como plan para disminuir los casos del virus, puesto que muchas personas no se testean por vergüenza y el estigma que conlleva este diagnóstico. Acotó que una medida más efectiva sería lograr que todos los notificados accedan a la medicación, ya que existen casos en los que los pacientes no asisten a retirar los antirretrovirales. También sostuvo que era urgente implementar el PrEP.

Consideró que el Estado desperdió una oportunidad de acceso a la población, al impedir en la normativa que el *test rápido* fuera de venta en farmacia y de acceso libre.

En relación al PrEP expresó que también era necesario para prevenir la post exposición en un plazo no mayor de 72 horas de una relación de riesgo y de la importancia que las personas que viven con VIH logren estar indetectables, pues de esta manera, no sólo no desarrollan SIDA, sino además disminuyen significativamente la transmisión del virus a otras personas. Consideró urgente una campaña directa con un lenguaje claro a los jóvenes y a las poblaciones claves, incluyendo planes de educación sexual en las escuelas, planes que por cierto no se han desplegados.

Por otro lado, afirmó que el incumplimiento y las obligaciones financieras del Estado hacen peligrar la entrega de los medicamentos por los laboratorios, lo que origina un desfase respecto del sistema privado, que es bastante más ordenado y avanzado. En este punto comentó que la “Ley del Sida”, en su artículo 1, reconoce que este es un problema de Estado, y además que es de competencia del Ministerio de Salud, ese es el organismo responsable.

Asimismo, expresó que el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral, tanto para la evaluación de la enfermedad general así como para determinar la necesidad de inicio del tratamiento y monitoreo del mismo, se subió durante el primer gobierno de Sebastián Piñera de 350 a 500. No obstante ello, según el recuento de defensas el equipo médico determinaba si una persona tenía derecho a vivir o no. Posteriormente en el año 2018 se dio en Chile el gran paso de establecer por ley (19.966) la cobertura universal del tratamiento contra el VIH/SIDA, independientemente de la carga viral.

Agregó que en el segundo gobierno de Michelle Bachelet, durante la gestión de la Ministra Castillo, se incorporó la circular N°6, para extranjeros, que es como una visa de salud para las personas extranjeras que acuden a los servicios públicos. La circular señala cómo, cuándo y qué deben hacer. Sin embargo, todos los

avances los frena el Fonasa con la exigencia del RUT. Al respecto señaló que se está “infectando” a la mitad del país y eso para Fonasa no es una urgencia, porque los “afectados” no presentan heridas expuestas, o no fueron atropellados.

Finalmente señaló que han sido años de lucha social con algunos avances en las políticas públicas como la conquista del derecho a la terapia universal garantizada en la Ley de Garantías Explícitas en Salud, Ley AUGE de 2004. Hizo un llamado a entender que en Chile la población no usa condón y así lo demuestran las cifras de sífilis; los embarazos adolescentes; las gonorreas; las ITS, -de cada diez usuarios, siete son consultantes de ITS-.

24. Diego Ríos Pacheco, Director área salud del Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (Movilh). Explicó que VIH y SIDA son dos términos distintos. El VIH es el virus que afecta las células inmunitarias, encargadas de protegernos de las enfermedades. Cada vez más personas con VIH pueden no desarrollar SIDA. Actualmente es posible llevar una vida normal teniendo VIH gracias a la eficacia de los medicamentos. El tratamiento no cura la “infección” pero hace que el virus se multiplique más lento y, por lo tanto, no destruya las defensas del cuerpo. El SIDA, en cambio, es la etapa avanzada causada por el VIH. El síndrome (conjunto de síntomas) aparece cuando el VIH debilita las defensas del cuerpo. Esta situación predispone a las personas a desarrollar enfermedades aprovechando la caída de las defensas.

Agregó que el último informe de la ONUSIDA lo ubica a la par de países como Egipto, Kuwait, Madagascar, Montenegro, Macedonia, Uzbekistán, República Checa, Kazajistán, Filipinas y Eslovaquia. Asimismo, el informe da a conocer el preocupante aumento en los nuevos casos de personas notificadas con el virus y sitúa a Chile dentro de los diez países con un incremento del 50% o más, entre 2010 y 2017.

Indicó que entre enero y septiembre de 2018, el ISP registró 5.206 personas diagnosticadas con VIH y que el crecimiento se ha visto focalizado en jóvenes de entre 15 y 29 años.

Para explicar este aumento, han surgido diversas teorías por parte de las autoridades e instituciones que trabajan en la temática. Una de ellas postula que el incremento se debe al alto porcentaje de población migrante, o que es responsabilidad del uso de la pastilla anticonceptiva. Hay otros que postulan que se debe a que más personas se realizan el examen, por lo que la pesquisa de posibles VIH positivos se ha agilizado.

A pesar de los distintos análisis políticos y sociales, opinó que todos somos responsables, unos más otros menos, del descontrol de la epidemia. Así la institución estatal ha sido despreocupada y desinteresada en la temática de la sexualidad y de la reproducción. El poco interés en educar y crear conciencia sobre la importancia de la prevención y del autocuidado sexual han llevado a los distintos gobiernos a generar trabajos preventivos ineficientes. Por otro lado, ha delegado toda la responsabilidad de la prevención y educación en el Ministerio de Salud, dejando al de Educación libre de la responsabilidad de educar a las nuevas generaciones. En este sentido, expreso que se debe realizar un trabajo multisectorial con las distintas instituciones del Estado, como el INJUV, los Ministerios de la Mujer y la Equidad de Género, de Desarrollo Social, del Trabajo, y de Educación, entre otros.

Indicó que la exclusión de la educación sexual en las mallas curriculares de los establecimientos educacionales ha sido otro grave error, pues la falta de educación sexual y reproductiva integral y no sexista, ha provocado una gran desinformación en la población. Para suplantar la educación que debería ser brindada en los colegios, los jóvenes comenzaron a educarse por medios como internet, en que la información no siempre es confiable o no está bien explicada, lo que ha provocado desinformación y confusión en el desarrollo de la vida sexual.

A todo ello se debe sumar la falta de estudios sociales del Ministerio de Salud sobre los cambios en los comportamientos sexuales de los chilenos. Añadió que el pasado 27 de diciembre, como organización lanzaron el primer estudio sobre comportamiento amoroso, sexual y erótico de HSH⁷⁷ y aun cuando contó con el apoyo del Ministro de Salud, no podría haberse materializado la encuesta sin la ayuda de la farmacéutica GSK. Ello se debe al déficit presupuestario del Ministerio de Salud para trabajar en la temática de VIH SIDA, sin recursos para financiar estudios ni campañas realmente efectivas es muy complejo poder causar algún impacto positivo en la sociedad. Así la mala distribución de los recursos económicos y humanos se ven reflejadas en las campañas criticables y mal enfocadas, como las que han sido publicadas por los distintos gobiernos en los últimos diez años.

Consideró que el tema del presupuesto necesita cifras concretas, reales, transparentes y entendibles para la población y sostuvo que los pacientes con VIH debiesen ser prioridad en los centros de salud los que requieren contar con equipos médicos preparados y con recursos para su adecuada atención.

La importancia de levantar datos estadísticos sobre los cambios en las prácticas y conductas sexuales de la población es que permiten generar estrategias más enfocadas y efectivas con una visión integral y completa de los cambios culturales, políticos y sociales que han ido manifestándose al pasar de los años en la sociedad.

Dentro de las distintas medidas realizadas para prevenir el aumento de la transmisión del VIH se encuentra la promoción del test rápido VIH, un test visual que permite conocer el estado serológico de una persona en quince minutos. Iniciativa que comenzó a ser promocionada por el Ministerio de Salud e implementada en algunas organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la temática.

El problema está, por una parte, en quienes se niegan a expandir la oferta a todas las personas y creen que es mejor focalizar los testeos a un solo grupo objetivo; por otra parte, debido a su promoción la demanda aumentó sustantivamente, no obstante existe dificultad y mucha burocracia para su acceso en los servicios públicos y privados, a ello se suman el estigma que existe en torno al VIH y las ITS, la falta de información sobre los centros médicos que realizan este examen, entre otros.

Agregó que con el aumento en la demanda para realizarse el test comenzaron los problemas en cuanto a la atención y cobertura del examen, ya que en muchos centros de salud no contaban con el personal necesario para cubrir la necesidad o desconocían que el test rápido se podía realizar en el lugar. Estos problemas se agravan por la falta de profesionales, como son los infectólogos, inmunólogos, enfermeras y matronas, entre otros profesionales necesarios para una

⁷⁷ Puede descargarse en el sitio electrónico <https://www.minsal.cl/minsal-y-movilh-presentaron-estudio-sobre-comportamiento-sexual-de-jovenes-gays-y-bisexuales/>

buena atención, y además por la ausencia de personal capacitados para trabajar en la atención de personas con VIH. Esto dificulta abrir nuevos espacios hospitalarios que cuenten con los profesionales necesarios para ayudar a descongestionar centros de salud que ya no pueden seguir registrando a más pacientes, como la Fundación Arriarán, por ejemplo.

Consideró que las estrategias de prevención no eran del todo erróneas, pues la implementación del test rápido VIH va de la mano con las recomendaciones de ONUSIDA en el plan de acción de lograr la meta 90-90-90, que es lo recomendado a los países con cifras tan altas como Chile. Este plan de acción consiste que en 2020, el 90% de las personas con VIH conozcan su estado serológico; el 90% de las personas diagnosticadas con VIH reciban terapia antirretroviral continuada y el 90% de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan supresión viral, o sea indetectables.

Sin embargo, opinó que Chile estaba lejos de cumplir esta meta debido a la poca capacidad y lenta respuesta en la atención, lo que dificulta que las personas se acerquen a realizarse el examen y complejiza la adherencia y continuidad en los medicamentos por lo que es más difícil lograr que el paciente sea indetectable y no transmita el virus.

En cuanto a la prevención, explicó debe enfocarse con una visión sicosocial y no solo médica y así es factible generar un trabajo efectivo con impacto en la población que tiene prácticas sexuales de riesgo -población sexualmente activa y que no usa preservativos en sus prácticas sexuales-.

En cuanto a ampliar la oferta a otros grupos como lesbianas y heterosexuales, manifestó que es importante porque mientras se tengan prácticas sexuales sin preservativo siempre existe el riesgo de contraer el virus o alguna ITS, aun cuando la probabilidad sea menor.

Asimismo indicó que debido a los cambios culturales y a la mayor aceptación a las distintas orientaciones sexuales y de identidad de género la educación sexual es primordial y que el Ministerio de Educación debería incluir esta temática en los currículos escolares, no solo como un taller, sino como una asignatura que se desarrolle progresivamente. La negación y poco interés de enseñar sexualidad y derechos reproductivos por este Ministerio dificulta que los jóvenes reciban información confiable y segura para evitar adquirir VIH u otra ITS.

Enfatizó la importancia de realizar estudios que permitan conocer las prácticas sexuales o reproductivas más comunes y frecuentes en la sociedad pues de seguir realizando campañas que no estén respaldadas por estudios seguirán siendo criticadas y siendo un fracaso para cualquier acción que pueda aportar a la prevención efectiva.

Reiteró la importancia de renovar las estrategias, contextualizar las campañas tanto en el fondo como en la forma, por ejemplo, buscar nuevos lugares de difusión y formas de entregar la información y modernizar las formas de la prevención, utilizando las redes sociales y aplicaciones de citas como plataforma para promocionar la sexualidad libre, pero segura y responsable.

Señaló que se debe seguir enfocados en diagnosticar y tratar a las personas con VIH, sin embargo no se debe perder la atención de las otras ITS, como,

por ejemplo, la sífilis, que ha aumentado en la población sexualmente activa y debido a su tardío diagnóstico se complejiza su tratamiento, afectando la vida sexual y amorosa de los jóvenes.

Finalmente reiteró el impacto negativo que tiene en la prevención la ausencia de campañas sistemáticas y de medidas efectivamente focalizadas, poniendo el énfasis en la necesidad de una educación sexual integral con perspectiva de derechos humanos.

25. Juan Enrique Pi Arriagada, Presidente Ejecutivo de la Fundación Iguales. Recordó que ONUSIDA diseñó un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida: llamado “90- 90- 90” y que consiste en que en el año 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH; que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y que el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral.

Sin embargo, según el último informe de ONUSIDA, en Chile existen al menos 67.000 personas viviendo con VIH, de las cuales sólo 40.000 están diagnosticadas, es decir, menos del 60%, es decir falta 30% para alcanzar el primer 90 y solo nueve meses. Opinó que esta meta debe ser desechada porque duda que se llegue al año 2020 con el 90% de las personas seropositivas conociendo su estado serológico.

Entre las brechas para alcanzar el primer 90 mencionó la excesiva burocratización en la realización del examen, pues se requiere de una orden médica, un consentimiento informado, y consultoría. Agregó que hasta hace unos meses lo era aún más para los menores de 18 años porque debían contar con la aprobación de su representante legal

Otro problema explicó es el enfoque pasivo, es decir se espera que la población acuda a hacerse el examen lo que se suma a que aún no se han implementado con fuerza los testes rápidos. Indicó que deben ir acompañados de un plan de aplicación a los grupos clave, con enfoque territorial y con respeto a los derechos humanos.

Respecto del segundo 90, que consiste en las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada, comentó que el proceso es demasiado burocrático. En efecto cuando una persona se hace un test de VIH y da positivo, se debe esperar la confirmación del ISP y con ella se asigna el centro de salud que lo atenderá y una hora médica con el médico tratante; ahí se realizarán exámenes de carga viral y población linfocitaria y, finalmente, se inicia el tratamiento antirretroviral. Sin embargo, en muchas ocasiones estos tratamientos se inician después de dos meses del primer diagnóstico. Por eso opina que es importante que el Estado se haga cargo y optimice el tiempo del proceso, o bien lo que toma cada una de las etapas para asegurar un pronto inicio del tratamiento antirretroviral, una vez que se es diagnosticado positivamente.

Sobre la prevención, afirmó que según la ley N° 19. 779. el Estado tiene el rol de informar acerca de la forma en que se transmite el VIH, las consecuencias de vivir con VIH, sin embargo y advirtiendo la situación en que se encuentra Chile frente al VIH, es claro que el Estado ha sido ineficiente, por ello es necesario revisar

sus obligaciones y las del Ministerio de Salud respecto de la prevención y precisar ¿cuál es el mandato que se le debe dar al Estado de Chile respecto al VIH?

Otro aspecto relevante es la educación sexual integral que no ha sido abordada por el Estado sino que queda entregada en manos de los padres, en circunstancias de que ellos tampoco han recibido una educación completa y eficiente y así el Estado no cumple con esta obligación que es un tema que repercute directamente en el ámbito de la salud pública. Precisa que no se trata de despojar a los padres de su rol educador sino de redefinir el rol del Estado respecto de la educación sexual de los niños, niñas y adolescentes, o por lo menos que se le asigne una propuesta mínima, diferenciada de la de los padres.

En relación con las campañas publicitarias, opinó que es erróneo pensar que se va a combatir, o a terminar o a revertir las cifras de nuevos casos de VIH sólo a través de spot publicitarios. En ese sentido, las campañas no pueden basarse simplemente en hacer un lindo video que se trasmite por las redes sociales, por la tele o por la radio, sino que debe ir acompañado de la aplicación de test rápidos, de entrega de condones, de educación sexual, apuntar a los grupos claves y llegar a ellos, y no solo durante un tiempo, sino que durante todo un año, de tal suerte que las campañas sean permanentes hasta observar disminución en las cifras.

Acotó que al hablar de campañas y de públicos a los cuales apuntar, se está refiriendo a la población sexualmente activa del país. En este sentido, recordó el spot publicitario que decían que la abstinencia era la mejor forma de evitar nuevos casos de VIH, lo que es obvio pero está dirigido a toda la población sin una focalización en la “población de riesgo”.

26. Iancu Cordescu Donoso, Director Ejecutivo Fundación Chile Positivo⁷⁸. Comentó que como Fundación consideran que el VIH es un problema conductual de la población, por lo tanto, hay que generar un proceso educativo capaz de formar y transformar a la población.

En ese sentido, propuso las siguientes cinco líneas de trabajo:

1.- Acompañamiento: otorgar una respuesta bio-psico-social a las personas con VIH y su entorno, con miras a asegurar su bienestar, protección y garantizar la continuidad de su cuidado tanto a las personas seropositivas como a su entorno.

2.- Educación: proporcionar educación integral a la población respecto al VIH, tanto en prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

Se sabe que las personas que reciben diagnóstico se enfrentan a la consejería de un profesional de la salud; sin embargo, el shock emocional hace necesario que las organizaciones civiles jueguen el papel de acompañar a las personas pos diagnóstico, hasta entrar al tratamiento antirretroviral, y luego al siguiente paso.

3.- Incidencia: bregar por la prevención, la no discriminación y el acceso a los servicios de calidad y con perspectiva de derechos humanos para todas las

⁷⁸ Presentación disponible en el sitio web <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=170836&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

personas, mediante la formación y capacitación, actualización de las políticas públicas, y la consolidación de una mirada intersectorial de la epidemia.

4.- Comunicaciones: Mejorar el soporte comunicacional, gráfico y de prensa en actividades y eventos organizadas por la Fundación, entregando información relevante y a tiempo y adecuada a destinatarios internos y externos a la organización.

5.- Fortalecimiento Institucional: asegurar las capacidades y recursos que permitan alcanzar las metas y compromisos institucionales.

Hizo hincapié en que el VIH no se contagia, sino que se transmite. Sostuvo que hablar de “contagio” es errando en aspectos biológicos y replicando estigmas de discriminación. El “contagio” corresponde a un resfrío, por ejemplo al tocar una mesa me puedo contagiar de algún virus, bacteria o infección, pero el VIH se transmite solo de persona a persona. Esa es una condición muy particular del virus, que hace importante abordarlo no solo desde los aspectos clínicos, que el Estado realiza, sino también desde aspectos sociales.

Aclaró que las personas no son “portadoras”, sino que simplemente tiene VIH, puesto que portar significa llevar un peso y una carga emocional, moral y social anexa. Agregó que VIH no es lo mismo que SIDA, ésta es una etapa del VIH y que un tercio de los diagnósticos que se dan en el país son en etapa de SIDA; es decir, se está llegando tardíamente a esas personas. Así en el caso del VIH se puede hablar de prevención, de atención, pero en el caso del SIDA se trata de personas que llegan tardíamente a los Servicios de Salud.

Resaltó que el VIH no es solo una cuestión clínica y educativa, sino que también es una cuestión social, económica, política y cultural.

Aclaró que nuevos diagnósticos no es lo mismo que nuevas infecciones, aun cuando ambos estén en aumento. En efecto, la “infección” no tiene temporalidad y cuando se habla de nuevos diagnósticos se refiere al momento en que la persona recibió la notificación del ISP.

Sin embargo, cómo un tercio de estas personas siguen diagnosticándose en etapa SIDA, se sabe que la enfermedad no comenzó en ese año calendario, sino que fue antes y si las personas están llegando en etapa SIDA es porque no están accediendo a los Servicios de Salud de manera adecuada. Por lo demás, la prevención no está siendo focalizada en las personas con VIH, sino en aquellas que no viven con VIH, y ese es un error conceptual en la estrategia del Ministerio de Salud. Agregó que un factor predictor podría ser la pobreza multidimensional, los sistemas de protección social y el acceso a los Servicios de Salud.

En cuanto a las determinantes en la transmisión, indicó que en primer lugar se ubica la dimensión normativa, que específicamente habla de la protección legal, cuáles son las legislaciones y las políticas públicas que determinan la atención y acción en VIH; de seguros de salud; de ley sobre educación; del acceso a servicios de prevención; políticas públicas, y de protección social. Recalcó este aspecto porque las personas con VIH se encuentran en situación de vulnerabilidad muchas carecen de seguridad económica y al no contar con ella, no pueden concurrir a los consultorios, o al hospital a buscar medicamentos, o a los controles o a tomarse los exámenes. Indicó que la protección social no significa solo contar con una batería de

instrumentos del Estado para que la persona sea capaz de desarrollar su vida de manera plena, sino que también que la persona sea capaz de hacerse cargo de su salud.

En segundo lugar, la dimensión cognitiva tiene que ver con el ámbito de la educación sexual, con la incidencia del semejante en la iniciación sexual y las prácticas sexuales, con el acceso a la información en internet y con referentes de información. Añadió que actualmente, los adolescentes y los jóvenes se informan especialmente por internet en que existe mucha información errónea respecto del VIH, esto porque no confían en sus profesores, en la familia y en consecuencia replican conductas de riesgo por medio de un semejante, es decir, con una persona con la que se relaciona diariamente, un compañero, un amigo, un vecino o vecina.

En tercer lugar, la dimensión actitudinal, que corresponde a la percepción que tienen las personas sobre el riesgo, a la idea del preservativo, a las ideas asociadas al placer y al autocuidado. Al respecto, afirmó que los adolescentes y los jóvenes en general sienten que las cosas le suceden a los otros y no a ellos y por eso no tiene una concepción del autocuidado dentro de la educación, ni siquiera en los siete planes que tiene el Ministerio de Educación.

En cuarto lugar, la dimensión conductual, que se asocia el proceso de tomar decisiones; la exposición al riesgo; con la culpa y con el temor al diagnóstico.

Concluyó que si las políticas públicas no dan abasto para que las personas puedan acceder a los Servicios de Salud y a la prevención, si, además, no se tiene educación sexual y las personas se siguen informando a través de internet o con los semejantes sin tener una información adecuada, se tomarán decisiones erróneas. Sostuvo que debido a ello es que no se usan preservativos, no se realizan el test ni menos se toman los medicamentos.

En cuanto a los aspectos sindémicos⁷⁹ del VIH, sostuvo que se pueden identificar los siguientes 5 elementos:

- Factores biológicos, que están relacionados con la magnitud de la carga viral. Cómo se fortalece el sistema inmunológico a partir de las emociones, de la alimentación, del sueño, de la actividad física, todo ello muy importante para el VIH. En este punto enfatizó la importancia acerca de que los Servicios de Salud se acerquen a las personas, pues no basta que exista el hospital o se construyan grandes instituciones para atender enfermedades catastróficas o urgencias médicas, sino que resulta importante que se alcance a los parques, a las plazas, a las discotecas, a los colegios y a todos los lugares en donde se relacionan las personas.
- Empleo
- Vivienda y movilidad.
- Educación y salud
- Protección social, al desconocer las redes de protección social de las personas que viven con VIH, no se sabe cómo se puede abordar la adherencia al tratamiento. Sin embargo nunca en Chile se ha realizado un estudio sobre este tema.

Contó que la Fundación que representa realizó una encuesta a personas que viven con VIH y se les preguntó sobre su calidad de vida y sobre la forma en que se relacionan con el virus, entre otras cosas. Los principales resultados fueron;

⁷⁹ El término "sindemia" se refiere a problemas de salud sinérgicos que afectan la salud de una población en sus contextos sociales y económicos.

- 32% de las personas diagnosticadas con VIH que contestaron la encuesta sufren depresión, y 28% ansiedad, ambos factores inciden en la adherencia al tratamiento. Si una persona tiene depresión o ansiedad es probable que no esté tan relacionada con el medicamento y no tenga capacidad de adherencia.

- 19% de los encuestados adquirió hepatitis B o papiloma humano, que son dos virus que también están aumentando muchísimo en sus tasas de transmisión.

- 21% de los encuestados consideró que su condición de VIH limitó su capacidad de realizar sus actividades diarias en los últimos 30 días; es decir, un quinto de las personas con VIH no puede desarrollar su vida diaria laboral, educativa, familiar o social de manera normal.

- 38% se ha sentido estigmatizado o discriminados en su comunidad, con las personas con quienes se relacionan, y eso incide en cómo revelan su estado serológico.

- 17% fue estigmatizado y discriminado en los centros de salud, o por los profesionales que los atienden, situación delicada pues si no se confía en el profesional de salud que está atendiendo en el hospital, disminuyen las ganas de concurrir a los exámenes y a buscar el medicamento mensual necesario.

- 56% reveló su diagnóstico a su pareja o su cónyuge, 45% a los padres o hermanos; sin embargo, en la ámbito laboral - colegas o jefaturas- solo 10 o 5,6% lo hizo. Entonces, esas personas que trabajan y deben pedir permiso todos los meses para ir a retirar sus medicamentos a las farmacias o al hospital, que atiende de 8 de la mañana a 5 de la tarde, que es el horario laboral, deben buscar una estrategia para concurrir, ello debido a la carga estigmatizadora y discriminadora del VIH.

- 21% de los encuestados no está empleado, lo que es muy negativo, tomando en consideración que la encuesta fue aplicada a personas de entre 18 y 60 años, es decir, personas adultas laboralmente activas. Además, 25% de quienes están empleados han tenido temor de perder su empleo, lo que les impediría contar con recursos para pagar la locomoción y concurrir al hospital.

- 56% dijo haber estado en situación de inseguridad económica, es decir, no tienen plata para movilizarse, pagar cuentas o para comer.

- 12% se mudó involuntariamente y no tiene vivienda estable. El VIH no tiene territorialidad, cualquier persona se puede inscribir en cualquier hospital, pero es comprensible que una persona que vive en la comuna de Estación Central se quiera ir a atender al Hospital de La Florida, porque sabe que ahí no lo van a conocer y así no se revelará su estado de salud a su comunidad, por esta razón se esconde en otro hospital.

- 34% ha sentido falta de alimentación adecuada y si no tiene alimentación suficiente, se dañará el hígado, los riñones y su sistema en general.

- 22% declara estar insatisfecho con su vida sexual, ya sea por revelar su estado serológico a su pareja, por conversar de VIH o de protección, o negociar el condón en la práctica sexual.

Asimismo hay personas que sienten inseguridad y temor pues creen que el tratamiento del VIH no va a ser gratuito, que no va a estar garantizado en forma permanente. A esto se suma que sienten ansiedad porque aún no está disponible una cura, así como la escasa investigación que se realiza sobre este virus.

Por otro lado, comentó que en el año 2016 la Asamblea General de la ONU elaboró una declaración política sobre VIH, donde hay dos aspectos que

considera interesa de recalcar. Primero, la estrategia 90-90-90, que ya se conoce; y segundo, que el 30% de los servicios de VIH debiesen ser administrados por organizaciones de la sociedad civil – ONGs – porque éstas están preparadas con mayor especificidad para atender las necesidades de personas con VIH y ello mejorará la adherencia al tratamiento, así como los canales de comunicación de las personas con VIH hacia la institucionalidad y las redes de protección social.

Mantener la adherencia al tratamiento en las personas positivas es algo que ya se está logrando, pero no se está logrando mantener negativas a las personas que no tienen VIH.

El acceso a tratamiento del VIH Universal (segunda meta 90 de ONUSIDA) es una herramienta muy importante en la lucha contra el VIH/SIDA, pues previene enfermedades y muertes, evita nuevas infecciones y supone un ahorro económico. Agregó que la esperanza de acabar con la epidemia de VIH/SIDA depende en gran medida de la capacidad de proporcionar tratamiento del VIH a todos aquellos que lo necesiten, por lo que sumado al acceso a la prevención combinada, la meta en atención es el inicio de tratamiento independiente del conteo de CD4 (tratamiento universal) y mantener adherentes a la TARV

Eliminar el estigma y la discriminación, principalmente en lo social y en los centros de salud, es una tarea muy importante que debiese realizar el Ministerio de Salud, en conjunto con el Ministerio de Educación. En este sentido indicó que es necesaria una ley especial de educación sexual integral, que cubra desde el nacimiento hasta la vejez, porque actualmente se invisibiliza a las personas mayores con VIH, se invisibiliza incluso las prácticas sexuales de las personas mayores, cuando en realidad se trata de un segmento de población que incluso aumenta las tasas de transmisión de infecciones de transmisión sexual, y también de VIH.

Se requieren campañas permanentes con subtítulo que estén focalizadas en personas con VIH, para empoderarlas y liberar los prejuicios. En la medida en que las personas positivas revelen el estado serológico y sean capaces de afrontarlo, se derribará el estigma y la discriminación, de lo contrario seguirá siendo una campaña focalizada en la prevención de las personas negativas y no se abordará la realidad de las personas positivas.

27. Alberto Farías Aguilera, fundador plataforma Prepárate. Sostuvo que desde que ocurrió el fraude en el 2008 con el Consejo de las Américas, el Fondo Global que invirtió un proyecto de 38 millones de dólares en el periodo 2003-2008 para el VIH, las ONGs que trabajan en salud sexual no han recibido financiamiento permanente que les permita trabajar como parte de la respuesta integral en salud sexual en Chile.

Indicó que el uso del preservativo se ha mantenido constante dentro de su bajo uso, sin modificaciones estadísticamente significativas, por lo menos en los últimos 13 años, que es desde cuando existen estudios metodológicamente comparables.

Comentó que en promedio, desde el punto de vista del análisis de datos, en los últimos 13 años, 1 de cada 10 chilenos ocupa el condón siempre; 90% lo ocupa nunca o a veces. Al comparar los datos de 2006 y de 2015, se concluye que no hay cambios estadísticamente significativos, por tanto es incorrecto señalar que el aumento de las ITS sea debido a una reducción en el uso del preservativo.

Aseguró que el grupo poblacional con el mayor uso del preservativo son los hombres gay, seguido por los bisexuales, por consiguiente, quienes menos ocupan el preservativo son los heterosexuales.

Por otro lado, se ha sostenido que la pareja única es el único método de prevención, sin embargo 70% de las mujeres se han contagiado de VIH por la pareja única. Asimismo estudios internacionales afirman que, entre uno y dos tercios de los “contagios” en hombres gay, se debe a la pareja única.

Señaló que la globalización ha traído aparejada una serie de prácticas sexuales de mayor riesgo como las redes geosociales como grinder, que facilitan los encuentros sexuales y los hombres gay empiezan a tener actitudes de sexo más riesgoso.

Se refirió al Chemsex o el sexo químico, que es el que se practica bajo los efectos de estupefacientes. Por otra parte, el sexo anal, también es riesgoso porque es más violento que el vaginal y por lo tanto hay más sangrado y no es extraño que muchos hombres gay utilicen drogas para poder amortiguar los dolores que se producen en este tipo de interacciones sexuales. Asimismo, estudios internacionales indican que los usuarios de drogas tienden a tener actitudes de mayor riesgo.

Por otra parte, en la medida en que han disminuido los prejuicios y estigma social, es posible que las personas tengan más sexo anal receptivo pasivo que es el sexo con mayor riesgo.

Sobre la afirmación de que la cantidad de parejas sexuales incide en las ITS y, en particular, sobre el VIH, indicó que si bien es cierto que la población gay es la que más usa preservativo es la que reporta tener más parejas sexuales. Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2016-2017 entre 55% y 60% de los hombres gay reportan tener dos o más de tres parejas sexuales en el año.

Sobre la prevención precisó que desde el año 1990, hay estudios clínicos que hablan de la profilaxis post exposición, y agregó que cuando una persona ha estado en riesgo de contraer el VIH y se le entregan medicamentos antirretrovíricos, antes de 72 horas desde la exposición, durante cuatro semanas, la eficacia en prevenir el VIH es sobre el 90%, no obstante este medicamento se entrega en Chile, solo y exclusivamente a personal sanitario víctima de accidente percutáneo con el VIH, y a mujeres víctimas de la violencia sexual. A diferencia de países como Australia, Inglaterra, Estados Unidos, Canadá y España en este tratamiento se entrega a cualquier persona que considere que ha estado en riesgo, desde el punto de vista, de su salud sexual.

Agregó que este fármaco ha contribuido mucho en la disminución de las infecciones de VIH en el mundo por sobre los preservativos, por ello sugiere que en Chile se suministre el Post en los servicios de urgencia para casos de riesgo sexual. Agregó que alguna ONG, con mucho esfuerzo y de manera muy artesanal, lo entregan.

Expresó que ha solicitado, insistentemente y sin respuesta al ISP, a Redes Asistenciales, a la Cenabast y a los Servicios de Salud, información respecto de cual medicamento se ha entregado y cómo, si se ha suministrado uno de marca o uno genérico; bajo qué criterios; y cuántos se han entregado.

Los estudios clínicos indican que la eficacia del preservativo para la disminución y prevención del VIH, varía entre 71% y el 91% en tanto la eficacia de la PrEP se eleva al 99%; así los últimos estudios han encontrado cero casos de transmisión del VIH cuando ésta se utiliza correctamente. Explicó que la eficacia, en general, disminuye cuando la adherencia es baja. Ello ocurre cuando los activistas y la comunidad de la diversidad sexual es conservadora, y no está dispuesta a promover y a trabajar con el tema de la PrEP y esto ocurre en Chile con los activistas y las ONG que trabajan en este tema.

En el año 2012, San Francisco implementó la PrEP, y desde este momento han disminuido en un 50% las infecciones de VIH, en un plazo de cuatro años, más de un 10% anual. Los estudios indican que en todos los lugares donde se implementa, los “contagios” disminuyen en un promedio del 10% anual. Agregó que es falsa la creencia que cuando se ocupa la PrEP va a ver una disminución en el uso del preservativo.

Si se toma a diario la PrEP se logra reducir en más del 90% las posibilidades de contraer el virus que causa el Sida a través del sexo o en un 70% por el uso de agujas no esterilizadas o utilizadas por múltiples personas, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés).

Comentó que le interesa incentivar el uso de bioequivalentes y en esa línea afirmó que está importando un bioequivalente desde la India, que no tiene resolución sanitaria en Chile, pero sí tiene resolución sanitaria en su país de origen, se llena un formulario en el ISP y se puede traer.

Precisó que el Truvada, que es el nombre comercial de la PrEP tiene un costo aproximado de 400.000 pesos, que baja mediante un convenio con el Hospital Clínico de la Universidad Chile o el Hospital de la Católica baja de precio, sin embargo al bioequivalente que se trae desde la India, conocido como Tavin-Em, tiene un valor de entre 12 y 15 mil pesos.

Por otro lado, afirmó que la PrEP no está asociada con las ITS, aun cuando se ha sostenido que los usuarios de ésta disminuyen el uso de los preservativos porque consideran que tiene una seguridad adicional, sin embargo los estudios y análisis demuestran que eso no es correcto pues en general el usuario de PrEP están desde antes en alto riesgo y se testean cada tres meses, aproximadamente.

Agregó que evidentemente, si se deja al usuario de la PrEP solo y sin acompañamiento en las medidas preventivas tradicionales, ese usuario podrá tener conductas de mayor riesgo, de ahí la importancia de que las organizaciones y los activistas dejen de ser conservadores y apuesten a promover, incentivar y trabajar en conjunto con esta política.

Hizo hincapié en que existen otros métodos que contribuyen a un sexo seguro como el uso del lubricante en la penetración vaginal o anal, fundamental para la reducción de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

Finalizó señalando que las personas que están en alto riesgo necesitan acceder a atención clínica y para ello es imprescindible robustecer la atención clínica

hacia las personas con VIH negativas y que se encuentran en alto riesgo, porque los Servicios de Salud están colapsados o atienden mal.

28. Leonardo Arenas Obando, representante de AHF Chile (Aids Healthcare Foundation). Comentó que Aids Healthcare Foundation (AHF), es la organización más grande del mundo en temas de VIH, con un millón doscientas mil personas en tratamiento y atención en el mundo, está en 44 países, de ellos 14 son de América Latina y el Caribe.

Señaló que en la actualidad habría 41.000 viviendo con VIH en el país, de la cuales 31.000 tiene atención y 10.000 personas que viven con VIH y no están en control, ni en tratamiento. Aseveró que 80% de las personas con tratamiento están carga viral suprimida. Enfatizó que una persona diagnosticada en la actualidad y con inicio inmediato de tratamiento, tiene la misma expectativa de vida que el resto de la población.

Agregó que en este tema el gobierno no ha seguido las recomendaciones de los Organismos Internacionales abocados a la temática y tampoco ha cumplido los acuerdos y compromisos que firmaron en los diversos encuentros regionales desde el 2010 al 2018. Indicó que, en la reunión efectuada en Bogotá en el año 2012, se solicitó revisar y actualizar los algoritmos diagnósticos de acuerdo a la evidencia disponible y en función del contexto a aplicar, Chile tiene el algoritmo más largo de toda América Latina. Asimismo se solicitó actualizar los marcos normativos nacionales de modo de incorporar las innovaciones en los distintos aspectos de diagnóstico, tratamiento y prevención de VIH.

Enfatizó la necesidad de disminuir los tiempos entre el diagnóstico y el inicio de Terapia antiretroviral, para lo cual hizo presente la necesidad de modificar el algoritmo de diagnóstico. Señaló que en las guías nacionales aún se considera un recuento de CD4 de 350, para iniciar el tratamiento, a pesar de que el decreto modificador AUGE establece que debe iniciarse apenas la persona es diagnosticada.

Aparte de realizar una revisión de algoritmos y normativas del circuito de atención y toma de muestra, para cumplir con la primera meta de ONUSIDA, es decir, que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, sería necesario tomar las siguientes medidas:

- a. Diseñar e implementar estrategias para la expansión de la prueba, focalizadas en poblaciones claves, grupos más afectados, y teniendo en cuenta el perfil de las personas con diagnóstico tardío.
- b. Trabajar, principalmente, con las organizaciones ciudadanas quienes tienen mayor llegada a las poblaciones vulnerables.
- c. Abordar barreras para el acceso y la oferta a la prueba en el sistema público.
- d. Aumentar los recursos específicos para la expansión de la prueba: financieros, infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

Por otro lado, sostuvo que la centralización que tiene el ISP es perjudicial para que funcione el Test and Treat, es decir, que la personas diagnosticadas inicien rápidamente su tratamiento. Expresó que se debe lograr disminuir los tiempos de diagnóstico y el inicio de TARV, pues actualmente el ISP se demora siete días, desde que llega la muestra. El problema es que envía la información vía digital, la que no es aceptada en los hospitales sino hasta que llega el papel vía correo certificado que se demora otros siete días. Entonces, hay que actualizar todos estos algoritmos, de

manera que si llega la confirmación del ISP al hospital se debiera proceder inmediatamente. En América Latina no hay otra institución como el ISP, sino que las notificaciones se hacen directamente en el hospital.

Hizo presente que la BBC Mundo acaba de publicar el estudio *Partner*, que confirma que las personas con VIH indetectable -con carga viral suprimida, gracias a los antirretrovirales- no transmiten el virus y aun cuando no es tan así, pues tienen un 96% de posibilidades, es un gran avance en términos de evidencia, cuestión que se ha discutido permanentemente.

Sostuvo que se ha avanzado en la disminución de los precios de los medicamentos gracias a la intermediación del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA/VIH; del Plan Presidencial de Emergencia para Alivio del SIDA (PEPFAR) del gobierno de Estados Unidos y de la Fundación Clinton en el ámbito de tratamientos para los países de África. Eso ha permitido dar curso al llamado acceso universal al tratamiento.

Mencionó que AHF Chile, dio inicio a la campaña *Test and Treat* -testear y tratar en el menor tiempo posible-, de manera privada y en 40 días, pues el sistema público tarda 120 días.

Sobre la entrega de antirretrovirales propuso hacerla en lugares de la comunidad o comunitarios, esta es una experiencia que se está llevando a cabo en Perú y México. La idea es que las personas que están con carga viral suprimida y que puedan tener un resultado de carga viral, ya sea a través de exámenes o de un *point of care*, puedan retirar los medicamentos en una organización comunitaria, con la posibilidad de hacerlo en horarios diferentes.

Manifestó que esperan que exista una mayor demanda de los servicios de atención. Es decir, si la política es disminuir la brecha de personas que no conocen su situación serológica, se generará que existan más personas con conocimiento de su enfermedad, lo que originará un impacto en los sistemas de atención secundarios y por ende un mayor gasto en tratamientos antirretrovirales, en medicamentos de profilaxis y en exámenes.

Por otro lado, señaló que en Chile existen impedimentos para vender autotesteo del VIH en farmacias, a pesar de que no está regulado, y comentó que cuando fue vendido en las máquinas expendedoras del Metro de Santiago, en la estación Ñuble y en Los Leones, la SEREMI los sacó, arguyendo que tales insumos médicos no podían ser vendidos al lado de las comidas -estaba al lado de unas bolsas de papas fritas-, pero en Los Leones estaba al lado de un negocio que vendía shampoo.

Afirmó que habrá que cambiar los reglamentos, normas y directrices que deben adecuarse a las estrategias más innovadoras y de fácil resolución, por ejemplo, rectificar la modificación del Reglamento 182, que permite solo a los profesionales de salud, ni siquiera los técnicos, aplicar el test rápido visual de VIH, pues debería ser ampliado a personal capacitado, según la recomendación de la ONUSIDA y la OPS y, además, así se hace en otras partes del mundo.

Expresó su preocupación por el anuncio de un plan de entrega del Profilaxis preexposición para el VIH, sin hablar del uso del condón. También llamó al

gobierno a implementar educación sexual en los colegios como estrategia para la prevención de las ITS.

29. Willy Morales Madariaga, Presidente de la Red Nacional de Pueblos Originarios Frente al VIH⁸⁰. Explicó que la Red Nacional de Pueblos Originarios es una organización que está fuera de la política preventiva del Estado, y que no han participado con igualdad frente a la temática del VIH.

Afirmó que existen barreras culturales en el Estado, pues para implementar políticas públicas y planes no consideran la diversidad y las distintas realidades que existen en la sociedad nacional. Indicó que en este sentido, como organización jamás han participado en una campaña de prevención y cuando han solicitado han debido hacerlo mediante una demanda. En efecto en el gobierno pasado participaron de una campaña gracias a una denuncia ante la Unidad de Coordinación para Asuntos Indígenas (UCAI), oficina que intermedia entre los pueblos indígenas y los ministerios, ello es otra forma de invisibilizar a este grupo que, según el último Censo corresponde al 10% de la población total.

Enfatizó que los pueblos originarios no han sido incluidos en las políticas del Ministerio de Salud y que no existe respeto hacia las culturas ancestrales. Aunque las obligaciones internacionales adoptadas por el Estado de Chile exigen un desarrollo normativo específico en relación con el derecho a la salud de los pueblos originarios, actualmente no se dispone de una ley que regule de manera precisa los alcances y la aplicación de un programa de salud intercultural.

En tal sentido precisó que aun cuando Chile ratificó el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales, las campañas y las políticas sanitarias siempre están determinadas para los chilenos y no consideran que existen otras culturas y pensamientos, que tienen su propia salud, que el Estado no permite practicarla, no obstante existir normativa internacional que obliga al Estado a respetar a las culturas ancestrales. Incluso, señaló que el Convenio de Participación Mutua entre la CONADI y el MINSAL nunca se llevó a cabo.

En este sentido expresó que la Oficina de Intermediación Indígena, que tiene relación con todos los ministerios, reconoció que hubo una omisión de parte del MINSAL cuando se les olvidó incluir a los indígenas en las campañas sanitarias.

Insistió en la urgencia de que sean considerados en las campañas para que así se les respete la visión de salud, de enfermedad y la terapia indígena incentivando a tomar la terapia huinca.

Respecto al VIH, indicó que los indígenas mueren tres veces más que los chilenos, porque no existe acceso para todos, especialmente para quienes viven en zonas alejadas de las grandes ciudades. Por esto no llegan a los hospitales en estado de VIH, sino en etapa de Sida y con riesgo de vida. No es que los indígenas se estén muriendo o que haya más enfermos, sino que hay un abandono del Estado de Chile.

⁸⁰ Presentación disponible en el sitio electrónico <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=170748&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>



Indicó que respecto del Plan Nacional que se trabajó al inicio del actual gobierno con nueve pueblos, y que se discutió y se llegó al acuerdo para capacitarlos en el programa nacional de Sida, por ejemplo, hay que aprender a traducir palabras como SIDA y condón, de tal forma de que en la población indígena sea recepcionado de mejor forma, sin embargo, el plan desapareció, y el actual ministro y sus asesores, tienen una visión racial de que en Chile solamente hay chilenos, cuando la verdad es que es un país multicultural.

Finalmente, reiteró la necesidad y urgencia que el Programa Nacional se ponga en línea con la salud de los pueblos indígenas. En efecto, aseveró que los sistemas de salud de las culturas indígenas están conformados por conocimientos y procedimientos que se ajustan a sus prácticas y costumbres propias y no han recibido reconocimiento formal en el sistema jurídico chileno.

30. Tibor Gutiérrez Valdebenito, antropólogo de la Red Nacional de Pueblos Originarios Frente al VIH⁸¹. Explicó que la pandemia VIH-Sida era una enfermedad foránea que no tenía sanación en la naturaleza. Agregó que la cosmovisión indígena considera una medicina integral, holística y comunitaria, en contextos culturales diversos y en reciprocidad con la naturaleza. Indicó que la cosmovisión es nada más y nada menos que una manera de observar el mundo, el tiempo, el espacio y la materia, y a partir de esa mirada se estructura la cultura.

Los nueve pueblos originarios de Chile, mapuches, aimaras, quechuas, coyas, diaguitas, lican-antai, rapanui, kawashkar y yagan, tienen la cosmovisión basada en el ser humano, el medio ambiente, la cultura, las relaciones sociales y el ambiente psicosocial, y todos ellos están relacionados unos con otros.

⁸¹ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=170749&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

Afirmó que existe desconocimiento sobre esta situación, asimetría, donde no se reconoce el protocolo de los pueblos originarios; donde los sabios, curanderos y machis son los especialistas. En el caso de las personas con VIH, agregó, reciben un tratamiento combinado entre químico alópata y hierbas medicinales para la depresión, por ejemplo.

Reiteró que el VIH, es una enfermedad extranjera, un “winka kutrán” o “wezá kutrán”, que no tiene curación desde la naturaleza. Por tanto, el tratamiento debe ser combinado. No solamente el tratamiento químico-alópata, sino también las hierbas tradicionales para paliar los efectos de la enfermedad, que no es solo física, sino que emocional a través de la angustia, la ansiedad y la depresión. Estas últimas, denominadas enfermedades mentales de los huincas, es decir, de la cultura occidental o chilena.

En ese sentido, enfatizó que hay una ausencia de políticas públicas en materias de salud con “pertinencia cultural”, en el caso de los pueblos originarios y criticó el trato discriminatorio, con escasa cobertura del sistema sanitario, falta de pertinencia cultural en relación a la temporalidad (migración estacional, trashumancia, veranada e internadas pehuenches, urbano–rural) que establecen un contexto respecto del VIH, para lo cual los Servicios de Salud públicos no están preparados.

Asimismo esta discriminación se observa en el acceso a centros comunitarios y de salud, en las postas rurales, en las rondas médicas, en los CESFAM, en los consultorios, policlínicos y hospitales, concretamente para los usuarios indígenas que deben tomar sus exámenes y realizar el tratamiento VIH, los test de muestra rápida, en el lenguaje, en las barreras culturales propias de cada pueblo originario, las actividades de extracción económica asociativa, la fuente laboral, la estrategia productiva de sobrevivencia, la integración ecológica vertical de los pueblos andinos en donde el porcentaje de VIH ha sido el más importante en la última década, según las cifras y estadísticas oficiales del MINSAL.

Sostuvo que desde el enfoque de derechos humanos, se debe respetar el derecho de cada usuario a utilizar la medicina tradicional propia, de acuerdo con su particular cosmovisión. Se necesitan campañas de difusión y sensibilización en donde esté presente la participación de los pueblos originarios. También se necesitan políticas de salud intercultural y dimensiones políticas que el Estado no ha querido reconocer.

31. Venay Aguirre Maturana, abogada de la Red Nacional de Pueblos Originarios Frente al VIH⁸². Señaló que aun cuando existen normativas, leyes, resoluciones y decretos respecto de los pueblos indígenas y el VIH, existe una invisibilización porque se les considera como órganos intermedios, no como pueblos indígenas, lo que es un grave error, porque no son iguales al resto de la sociedad civil. Por este motivo no se consideran en las campañas publicitarias o se les considera a medias, a pesar de que es la población más frágil.

Explicó que aunque muchos integrantes de los pueblos indígenas se encuentran en ciudades o lugares en donde tienen acceso a todo tipo de comunicación, las personas más importantes de esos pueblos, los ancianos, quienes hacen que permanezcan las costumbres, viviendo en sus comunidades en la alta cordillera, en las islas o en partes alejadas, donde no es posible llegar con la

⁸² Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=170752&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

tecnología, ni con medicina y con suerte llegan rondas médicas, que dan lo justo y necesario pero no entregan tratamiento retroviral ni nada relacionado con el SIDA, porque tampoco están preparados para ello.

Por tanto, toda la normativa y las leyes no son eficientes porque no están enfocadas a este grupo de personas, que son diferentes en lengua, en pensamiento; en su concepción de vida y en su forma de vivirla. Criticó, además, que la legislación actual se centre en el tratamiento y no en la prevención, pues en la medida en que se desarrollen programas de prevención y se concreten de buena forma, desaparecerán los enfermos o el número va a ser mínimo.

En esta línea propuso que se entregará una especialización a la gente de los pueblos originarios validada por ellos, pues de esta forma los tratamientos y medicinas serían eficientes pues estarían complementados con las medicinas de cada pueblo.

Por otra parte, afirmó que el derecho consuetudinario para los indígenas es el más importante, porque es el que dejaron los antepasados y fue asentado en las generaciones, no obstante, para el derecho nacional, el derecho consuetudinario solo tiene valor cuando la ley se refiere a ello, no obstante para el indígena es lo contrario.

Enfatizó la importancia del respeto a sus costumbre e indicó que según el último Censo, en Chile hay un poco más de mil yaganes, en una población de 17 millones de personas, lo que es escaso y si esta cifra disminuye terminara por desaparecer, así como ha ocurrido con muchos otros pueblos, con lo que se afecta la historia de nuestro país.

La legislación, tanto nacional como internacional, permite dar tratamiento adecuado y atención de salud a esta población y se considera a los indígenas dentro de los mismos recursos que el resto de la sociedad civil, olvidando que no necesitan los mismos recursos pues no están preparados de igual forma.

Insistió en que si los indígenas se consideran en iguales condiciones que el resto de la sociedad civil es porque se ignora la realidad del país y solo se considera a aquellos que viven en sectores urbanos. Reiteró que su cosmovisión es diferente, predomina en ellos el derecho consuetudinario, su accesibilidad a los medios es limitada y no cuenta con facilitadores de su misma gente.

Es el Estado el llamado a proteger los derechos de los pueblos indígenas, adoptando medidas especiales para salvaguardarlas pues el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, etcétera, destinadas, incluso, a la rehabilitación. Si no está la protección, la prevención, menos existirá rehabilitación, porque es más caro.

Finalmente sostuvo que existe un gran desconocimiento por parte del estado del comportamiento de la enfermedad en los pueblos indígenas y, fruto de ello, la falta de medidas de prevención y atención específicas y el impacto creciente, en los casos registrados, en términos de morbilidad por nuevas infecciones y esperanza de vida de aquellas personas con VIH que no pueden acceder al tratamiento, así como la falta de políticas públicas para este sector de la población.

32. Armando Arjona Ramírez, encargado del área de inmigración y VIH de la Coordinadora Red Migrante⁸³. Afirmó que la situación actual de la migración en Chile en relación con el VIH ha sido un poco delicada, sobre todo por el manejo que se le ha dado en las redes sociales, en las que se ha estigmatizado la migración. En este sentido, es común escuchar comentarios en la calle, en los medios impresos y en redes sociales de que los migrantes quitan el trabajo a los chilenos, o que vienen a traficar drogas.

Opinó que el manejo del Estado no ha sido el más adecuado, y citó como ejemplo la noticia entregada por el entonces Ministro de Salud Emilio Santelices, quien con poca prolijidad, afirmó que el alza del VIH en Chile se debía al aumento de los migrantes en el país. Si bien es cierto han aumentado las cifras de VIH, y la presencia de inmigrantes en el país, no existen evidencia que relacionen ambos hechos y además los nuevos casos reportados corresponden en su mayoría a la población nacional.

Por otro lado, se debe considerar que la ley N° 19.779, sobre el VIH, estipula en su artículo 1° la asistencia libre y el acceso igualitario a los derechos por parte de las personas “portadoras” y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, lo que constituye un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional.

Es importante considerar no solo el tema sanitario, sino además el cultural y social, en términos de que el último estudio en relación con prácticas sexuales en migrantes es del año 2005, año en que las comunidades peruana y argentina eran las más significativas en Chile. Así, comentó que no hay información, por lo menos accesible, de cuáles han sido las nuevas rutinas y comportamientos sexuales de los extranjeros, ya que se trata de estructuras culturales y sociales distintas. También es importante considerar el uso de preservativos, el acceso a los sistemas de salud, etc.

Por otra parte, se refirió a que las Naciones Unidas ha abordado este tema mediante un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida “90-90-90” impulsando a los Estados miembros al desarrollo de estrategias nacionales, regionales e internacionales que faciliten el acceso a programas de prevención de VIH a los trabajadores migratorios y a las poblaciones móviles, sobre todo en zonas de fronteras, pues en estas zonas existen menos datos sobre los índices de personas que viven con VIH, por el tipo de migración que se realiza ahí.

Asimismo el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, insta a que se desarrollen programas regionales y específicos con población migrante, igualmente señaló la importancia de atender a las condiciones psicológicas y emocionales de esta población sobre todo cuando se encuentran en condiciones irregulares o de trata de personas.

Enfatizó que no importa el estatus migratorio, ya que todos, en su condición de seres humanos, deberían tener acceso a la salud, sobre todo en relación con el VIH y en atención a las condiciones que tiene Chile en relación con esa pandemia.

Hizo presente que en diciembre de 2018, en la Dirección General de Asuntos Consulares, Inmigración de Chilenos en el Exterior se exigió exámenes de VIH en distintos consulados de Chile en el extranjero para la tramitación de visas de

⁸³ Presentación disponible en: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=171564&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

trabajo, especialmente a la población venezolana. Ante ello y recién después de un mes, intervino la ONUSIDA. Agregó que esto fue grave porque existen migraciones – en el caso específico de Venezuela- que se realizan por condiciones políticas y de salud ante la inexistencia de medicamentos.

Posteriormente, en febrero de 2019, el entonces Ministro Santelices atribuyó el alza de “contagios” de VIH a los migrantes, lo que generó una ola de estigmatización –condición que ya tienen los migrantes en Chile-. De hecho, hubo algunos trabajos donde pedían el test de Elisa; solicitaban el certificado del consultorio o de la clínica donde se habían hecho el examen como requisito para contratarlos. Es decir, este comentario originó que la sociedad realizará cierto tipo de cuestionamientos que limitaron aún más el acceso a mejores condiciones de vida de los extranjeros en Chile que, dadas las políticas migratorias y el trabajo, de por sí ya son complicadas, y aún más la estigmatización y criminalización. Si bien es cierto que el VIH experimentó un alza y los datos estadísticos, ese aumento ha sido porque muchos migrantes han llegado al país, especialmente a la región Metropolitana, con un tratamiento.

En otro punto, precisó que el VIH se concentra en la población masculina, aun cuando se registran casos de mujeres, pero no existen estudios socio-comportamentales por ejemplo, de HSH, de las nuevas prácticas sexuales y de los espacios en los que se practica, ni tampoco acerca de los migrantes como generadores de nuevos espacios. Así la campaña de VIH realizada por el gobierno invita a realizarse el test, pero testearse no es prevención, es importante, dijo, una campaña de prevención acorde con los contextos culturales de las poblaciones que existen en el país. Indicó que se debería hacer por ejemplo una campaña de VIH en relación con la población haitiana, donde la mayoría es evangélica. Si se siguen realizando campañas generales no se logrará disminuir los casos de VIH; al contrario, aumentarán debido a la confusión que se genera. Es más, hay población migrante que cree que, porque ya se testeó, está prevenido.

Existe también migrantes que desconocen su estado serológico, sobre todo, quienes llegan de forma irregular, porque a veces tienen que transar –eso también está documentado, sobre todo en el caso de la mujeres- el paso de cualquier frontera a través de relaciones sexuales con bandas organizadas –eso tampoco es nuevo- y exponen, dada la forma cómo migran y su desconocimiento, su salud y la de otros en relación con el VIH.

En 2018 hubo un repunte, en términos generales, de casos de VIH, registrándose disminución en la población chilena y aumento en la población venezolana, de ahí que el Ministerio de Salud deba implementar programas específicos para esta población, porque es sabido de que han emigrado a Chile para conseguir atención médica y salvar sus vidas, así llegan desesperados por la escasez de terapias en su país y con sus tratamientos interrumpidos por la falta de especialistas.

Detalló que el migrante que va a un consultorio para realizarse el examen de VIH y no tiene RUT, tiene miedo que le cursen alguna multa, lo que también limita el acceso a la salud, dado el tipo de política migratoria restrictiva y punitiva que existe actualmente en Chile. Así las condiciones y la falta de claridad en los procesos de regularización y de políticas migratorias están limitando el acceso a las políticas de salud y aumentando los casos de VIH.

Por otra parte, el algoritmo de atención en los Servicios de Salud es una limitante, porque cuando se llega para el test rápido, la respuesta del consultorio es que debe tomar cita, la cual se le dará en una semana. En caso de que se regrese y se haga el test, si este sale reactivo debe volver a sacar otra cita para que se le practique el test de Elisa -la muestra de sangre-, tras lo cual puede pasar una semana o quince días. Después de realizarse todos los exámenes, las muestras se mandan al ISP y luego regresan. En ese proceso pueden pasar entre quince o veinte días; después vuelven a citar para hacer exámenes generales -glucosa, triglicéridos, etcétera- y ahí es cuando dan la cita al infectólogo y se puede tener acceso al tratamiento antirretroviral.

Por consiguiente, hay una serie de hechos y situaciones respecto de las cuales ese algoritmo de atención no está siendo amable con las condiciones de los migrantes, además de que se practica en horarios específicos, generalmente en las mañanas y muchas personas no pueden concurrir porque significaría faltar al trabajo.

Finalmente, propuso como protección de las y los migrantes ante el VIH lo siguiente: apoyo en la toma de decisiones mediante programas de prevención específicos para migrantes considerando sus particularidades sociales, culturales y psicológicas; acceso amplio y bajo el marco cultural de no discriminación a los migrantes sin documentos a los espacios de atención; estudios de comportamiento sexual; una ley migratoria y procesos de regularización eficientes y claros, que aboguen por el respeto a los derechos humanos; marcos laborales que eviten la explotación y pobreza de esta “población vulnerable”, y socialización de información con relación al Prep y a las medidas de cuidados posteriores a tener relaciones sexuales de riesgo.

33. Pablo Donoso Christie, Presidente de la ONG VIHDA⁸⁴. Explicó que ésta se dedica a temas sobre prevención primaria y secundaria con un fuerte enfoque en educación, lo que es fundamental debido a los compromisos que tiene el Estado con la ONU respecto de la educación. En este sentido la misma Ley del Sida, en su artículo 2 establece la responsabilidad del Estado en cuanto a educar a la población en esta materia.

Dentro del eje médico también trabajan en el tema de la desestigmatización, pues a pesar de los avances experimentados como sociedad, sigue existiendo mucha estigmatización respecto del VIH; se sigue asimilando a la población homosexual, y ahora a la población migrante, lo que es grave, porque es una enfermedad que atraviesa todos los sectores, edades y sexo, de la sociedad. Indicó que el notificado de su estado serológico positivo queda un poco abandonado por el sistema de salud en cuanto a la repercusión social y familiar que tiene esta enfermedad.

Un segundo eje es el jurídico, que cada vez más se relaciona con el tema de la salud. Esto es fundamental, porque a través de este eje se puede exigir el cumplimiento de los derechos, como también la regulación de este tema. Así en la ONG se realizan atenciones jurídicas gratuitas sobre discriminación o cualquier tema relacionado, por ejemplo, con migrantes o derechos laborales; invocan la Ley Zamudio para la defensa de casos de discriminación derivados del VIH; se realizan educación y talleres sobre derechos y deberes del paciente; se presentan las acciones jurídicas que sean pertinentes; se trabaja con la Ley del Sida y en salud, con

⁸⁴ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=171565&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

comunidades de pueblos originarios y en coordinación con las distintas SEREMIAS en derechos fundamentales y se hace fiscalización ciudadana a través de la dirección jurídica.

Consideró importante el factor regional en este tema porque las políticas de VIH se elaboran en Santiago y recorriendo el país han detectado el abandono de personas que viven fuera de las ciudades. Indicó que se debe tener presente que el acceso a la salud y a la educación es un tema que incide finalmente en el VIH. Por ejemplo, se detectó un gran desconocimiento del comportamiento de la “epidemia” en los pueblos indígenas y, fruto de ello, la falta de medidas de prevención y atención específicas y el impacto creciente, en los casos registrados, en términos de morbilidad por nuevas infecciones y esperanza de vida de aquellas personas con VIH que no pueden acceder al tratamiento, así como la falta de políticas públicas para este sector de la población. Así en La Araucanía la media de un notificado por VIH es de 100 cl por milímetros cúbicos de linfocitos tcd4, en consideración de que la media nacional alcanza a 233 cl por milímetros cúbicos de linfocitos tcd4 y, debido a ello, cuando se analizan los pueblos originarios, es decir, la población mapuche rural que viven en la región de La Araucanía, el índice baja de cien.

En este punto, destacó el rol subsidiario fundamental que debe cumplir el Estado, es decir, el Estado y las organizaciones de la sociedad civil tienen que llegar a estos lugares, porque la gente se está muriendo de VIH y se está contagiando. Por ello hizo hincapié en la necesidad de culturizar más a esta población, pues asimilan el VIH con un mal de ojo, con brujos, etcétera, por ello recalcó que el Estado, a través de las organizaciones de la sociedad civil, debe llegar a esos lugares y realice transferencia científica. Advirtió que las políticas del Estado, para lograr este objetivo deben materializarse con pleno respeto a sus costumbres, a su cultura, sin imposición pues de lo contrario se generaría un efecto adverso.

Comentó que como organización se encuentran realizando talleres sobre derecho indígena, que también tiene que ver con incidencia cultural en salud, educación en VIH, tanto en el norte como en el centro del país con la finalidad de ayudar a las comunidades.

Finalmente, indicó que respecto de los inmigrantes era fundamental otorgarles acceso a prestaciones de salud pública, pues envuelve un tema de respeto a los derechos humanos, así como a métodos de regulación de fertilidad, controles nutricionales, vacunas, mamografías, Papanicolaou, aplicación de Test de Elisa, atención de enfermedades transmisibles (TBC, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual), entre otras.

34. Paulo Melipil Gutiérrez, Director Ejecutivo de la ONG VIHDA.

Afirmó que dentro de lo que señala el Plan Nacional de Prevención del VIH, está la erradicación o la supresión principalmente del “contagio” del VIH, y contempla algunas metas u objetivos a los que se ha comprometido el Estado. Dentro de ellos se ubican los objetivos de desarrollo de los ODS, relacionados con Naciones Unidas. Menciona que el artículo 2 de la ley del Sida y el artículo 1 de la ley N° 20.418, que Fija Normas Sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad, contiene compromisos que ha adquirido el Estado que no ha cumplido. En efecto, esta ley marcó un precedente en cuanto a la legislación en materia de educación sexual, por cuanto afirma la exigibilidad de su acceso en tanto se trata de un derecho que el Estado debe garantizar.

La historia de la implementación de una política de educación sexual en Chile no ha estado exenta de discontinuidades y dificultades. Si bien en la actualidad se cuenta con un marco normativo explícito a través de esta ley, su aplicación e implementación aún no se ha consolidado. Esta situación debiera ser objeto de preocupación y de escrutinio público, dado que la educación sexual cumple un rol de suma importancia en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas como en la formación de actitudes y valores que propendan a la valoración de la sexualidad, a la igualdad de los géneros, a la autonomía, la responsabilidad y la salud integral que conlleva al desarrollo del ser humano.

La educación sexual es una tarea prioritaria y urgente que debe asumirse como política pública irrenunciable dado el marco de un progresivo aumento de las tasas de notificación de ITS, VIH-SIDA en las poblaciones más jóvenes y de la mayor presencia de embarazo adolescente en las jóvenes más vulnerables del país. El Estado se compromete no solo a que toda persona recibirá educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial, sino también a que existirán medidas para prevenir el VIH.

Por otra parte, propuso como estrategias crear un Centro Nacional de Estudios sobre VIH que recoja toda la problemática en este tema desde la visión de las organizaciones civiles, que trabajan en estos temas.

Informó que la organización que representa no solo trabaja con población joven, sino también con migrantes, con población indígena, con la población de HSH, con la población transgénero, y también con trabajadoras sexuales y que se encuentran desarrollando proyectos desde Arica a Punta Arenas y, además, trata de levantar la mayor información posible.

Reiteró que para realizar prevención primaria, secundaria y terciaria, se debe incorporar a las organizaciones civiles como lo hace la Unión Europea, es decir, que centros de salud que son de las organizaciones civiles, en unión con el Estado, realicen campañas de prevención, de educación, de toma de test - que es la prevención secundaria - y la campaña de seguimiento y de enlace con los pacientes que puedan salir reactivos, con la finalidad de cumplir las metas que se comprometió el Estado, acerca de que al año 2030 ya no habrá "contagio" de VIH.

Detalló que las bases principales y proyecto en general de las organizaciones consiste en levantar datos fiables que sirvan para elaborar políticas públicas reales, asociadas con un componente que sea visto desde los distintos ejes y desde las distintas poblaciones foco que ataca el programa internacional de prevención del VIH.

35. Nathalie Aliste Bello, abogada de la Dirección Jurídica de la ONG VIHDA. Comentó que han participado en bastantes licitaciones que el gobierno está abriendo para promover la educación en VIH, además de la prevención y la toma de test rápidos.

Respecto de la fiscalización posterior a esta fase, indicó que tampoco se lleva a cabo y no se están cumpliendo con la realización de los proyectos, pues existe un plazo tope para ejecutarlos. Sin embargo, los organismos pertinentes no fiscalizan este incumplimiento, no obstante existir fondos fiscales comprometidos para la prevención y educación del VIH destinados a la población. Insistió en que si bien el

gobierno aporta recursos para toda esta campaña del VIH, debe fiscalizarse que ellos sean efectivamente destinados a este tema.

36. Marco Becerra Silva, Director de Gestión Pública ONG Acción Gay⁸⁵. Sostuvo que la Corporación Chilena de Prevención del SIDA es una de las organizaciones más antigua de Chile, surgida en 1987 como respuesta comunitaria de un grupo de amigos gay a la “epidemia” inminente de SIDA que era ignorada y entendido como un problema solo de determinados grupos de riesgo. Preciso que en los últimos treinta y dos años han trabajado en educación, prevención y promoción de los derechos de personas de diversidad sexual y que trabajan con la comunidad y para ella. Por lo tanto, tienen una mirada distinta respecto de cómo se está abordando o se ha abordado el problema del SIDA en Chile.

Señaló que, no obstante el mandato de la Comisión Investigadora consistía en investigar entre los años 2010 a 2018, se referiría al periodo anterior al año 2010, pues lo sucedido en el periodo que se está investigando, es consecuencia de las malas o buenas políticas públicas que se implementaron antes.

Destacó que en Chile, tal como en muchos países de América Latina, la respuesta al SIDA fue comunitaria, pues no contar con la participación de la comunidad, cualquier respuesta estaría condenada al fracaso. Agregó que como fenómeno mundial, logró generar grandes movimientos de personas y de comunidades en el mundo, y afirmó que sin duda el SIDA marca, desde el punto de vista histórico y social, un antes y un después. Preciso que entre los años 90 y el 2000, hubo claridad en los gobiernos de la importancia de incorporar a la comunidad civil en la generación de políticas públicas.

Se fueron dando pasos importantes, que básicamente tienen que ver con la creación de redes de organizaciones; particularmente, la red de ASOSIDA, en 1992; la red de Vivo Positivo y, particularmente, la promulgación de la ley N° 19.779, que fue producto de una gestión desarrollada por la sociedad civil, en conjunto con parlamentarios, que fue muy positiva, pues en Chile antes del año 2005 las personas con SIDA morían, porque no había tratamiento y cuando lo hubo, se privilegiaban las mujeres y los niños.

Relató que en Chile, hasta hace poco la gente con VIH, hombres y gay, tenían que esperar que corriera la lista para acceder a la terapia. Dada la presión de las organizaciones sociales, se incorporan al GES un grupo de enfermedades, entre ellas el VIH, no como una concesión gratuita del Estado sino que producto de veinte años de trabajo asociativo y de las luchas de las organizaciones sociales.

⁸⁵ Presentación disponible en el sitio electrónico:
<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=172230&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>



Destacó que en Chile no solo esta “epidemia” ha crecido considerablemente, especialmente entre los HSH, sino que también las ITS y manifestó preocupación por el aumento del estigma y de la discriminación, tema que se abordó hasta 2010 con mucha fuerza, y que hoy ha significado que existan 10.000 personas diagnosticadas que no están en tratamiento.

Señaló que en términos globales desde el año 2010 ha existido un descompromiso global y una desidia del Estado en general y de los gobiernos de turno respecto de la epidemia del VIH SIDA; falta de intersectorialidad en la respuesta al VIH; escasos recursos económicos para la prevención; ausencia de un plan estratégico nacional de respuesta al VIH; desvalorización de la participación social comunitaria en la respuesta, falta de educación sexual y un cambio cultural en relación a la sexualidad.

Criticó en especial al rol del Ministerio de Educación a lo largo de los años, pues no ha sido capaz de implementar una política educativa de prevención en la comunidad y, además, se ha generado un aumento en la estigmatización y discriminación de las personas que viven con el virus.

Informó que el año pasado junto con la organización no gubernamental AIDS Healthcare Foundation (AHF), realizaron 800 test rápido en 3 meses y la encuesta que se aplica a los consultantes reflejó que casi 50% de las personas declaran haber tenido relaciones sexuales sin condón bajo el efecto de sustancias. A raíz de ello consideró importante escuchar al representante del Senda, pues no se está abordando de forma adecuada la relación entre el consumo de sustancias, alcohol y prácticas de riesgo en general.

Sobre las campañas de prevención en Chile, precisó que ha imperado la sub ideologización del debate en torno a ellas, salvo en el período del Fondo Mundial en que se realizaron campañas de VIH/SIDA que incorporaron la dimensión descentralizada, pertinencia cultural y la participación social. Agregó que desde el punto de vista del impacto comunicacional los resultados de las campañas de prevención del VIH/SIDA desarrolladas por todo los gobiernos son más bien pobres.

Aseveró que desde el punto de vista del impacto comunicacional hay gente que ha estudiado las campañas y cómo han impactado en el cambio conductual, y lo que se sabe es que no han servido de mucho, salvo poner la alerta ciudadana respecto del Sida. Sin embargo, las evaluaciones son más bien pobres, en términos de rentabilidad e inversión en campañas versus resultados, porque lo que han hecho los gobiernos ha sido pensar las campañas como un *spot* de 40 segundos, durante dos semanas y gastando prácticamente el 50% del costo total en su emisión.

Sostuvo que cuando hacen el test, también hacen una encuesta, una consejería pre- y postest, y preguntan las razones por las cuáles concurren a hacer el test, aunque no hayan tenido sexo en dos años, y normalmente se responde que es por prevención. Entonces se concluye que la campaña se instaló muy bien, sin embargo, genera un problema con la prevención en cuanto a evitar el VIH, que es la llamada prevención primaria. La prevención secundaria es la que se aplica a personas que ya tienen VIH, a fin de que no sigan transmitiendo el virus.

Respecto de los desafíos, manifestó su acuerdo con la meta de 90/90/90, pero agregarían un cuarto 90, que corresponde a cero discriminación a las personas que viven con VIH.

Comentó que entienden que una de las estrategias planteadas por la OPS es la prevención combinada que es una estrategia que pretende obtener el máximo impacto en la prevención del VIH a través de la combinación de estrategias biomédicas y estructurales basadas en los derechos humanos y fundamentados en pruebas, en el contexto de una epidemia local bien entendida y estudiada. Esto se aborda en dos niveles, el primero corresponde a quienes están con VIH, donde hay que impulsar ciertas políticas, y el segundo es la discusión sobre la educación sexual. La prevención combinada, según lo plantea la OPS y ONUSIDA, es fundamentalmente, el acceso a tratamientos, a testeos y a dispositivos comunitarios, donde los alcaldes, entre otros, juegan un rol muy importante en la pertenencia cultural. Ello no es más que intervenciones en lugares de encuentro de las personas, supone cierta intervención donde la gente se reúne, y eso implica un alineamiento entre la acción del Estado y las organizaciones.

Afirmó que las comunidades tienen el rol importante de llegar a aquellas poblaciones donde el Estado no llega directamente, por la discriminación, por miedo o por desinformación, porque, en diez años, se ha perdido esa capacidad de hablar del Sida desde una mirada más integral, y hoy se habla de los “contagiados” y las personas no se quieren sentir parte de eso.

Recomendó lo siguiente para abordar la “epidemia”

a) Generar intervenciones con base en la evidencia científica y con mayor focalización, es decir en la medida en que el Estado invierta en intervenciones más focalizadas habrá mayor éxito en esas respuestas, de ahí que la prevención debe ser abordada desde la pertinencia cultural;

- b) Recursos que permitan desarrollar programas a mediano y largo plazo dirigidas a población general y poblaciones clave;
- c) Mayor involucramiento del intersector, en particular Educación, SENDA e INJUV;
- d) Mejorar el acceso a preservativos, test rápidos, PrEP, PEP y tratamientos antirretrovirales;
- e) Revalorizar la contribución que hacen las organizaciones sociales con trabajo en VIH, y
- f) Avanzar en la construcción de un acuerdo nacional a favor de la prevención del VIH y de la no discriminación.

Finalmente indicó que esta situación de crisis no es más que producto de la implementación de malas políticas públicas.

37. Débora Solís Martínez, Directora Ejecutiva de la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA). Informó que APROFA es una institución que nace en el año 1964, con el propósito de facilitar el ingreso de los métodos anticonceptivos para regular la fertilidad del país.

Precisó que desde el año pasado, APROFA decide importar dispensadores y ponerlos al servicio de las comunidades en general de manera gratuita, porque el financiamiento en materia de educación integral de la sexualidad es un tema tanto para las unidades educativas como para las comunidades en general. En ese sentido, se firmó un convenio por diez dispensadores para la Municipalidad de Independencia; por 22 dispensadores para la Municipalidad de Santiago, y por 29 para la Universidad Diego Portales.

Tener dispensadores con condones es una respuesta para que los estudiantes y las personas en general adquieran por 200 pesos un preservativo, en espacios privados, sin ser sometidos a juicios valóricos de ningún tipo.

Comentó que APROFA en materia de salud contempla prestaciones de servicios a la población adolescente, hay un equipo de pedagogos y curriculistas en materia de educación integral de la sexualidad, importan, además, métodos anticonceptivos y métodos de barrera a precios justos.

Indicó que como institución tienen una apuesta curricular desde preescolar hasta cuarto medio con todos los actores del sistema educativo, creen que la familia juega un rol fundamental y tienen una línea de trabajo específica con ella. Sin embargo, las intervenciones que se han realizado, a través del Ministerio de Educación, señalan que todos los agentes que no son profesionales, como el inspector, el que cuida el patio, el que cuida el comedor, que son aquellos asistentes de la educación no profesionales, son determinantes en el momento de la conversación con los estudiantes, porque tienen mayor acercamiento y confianza con ellos que con su profesor jefe.

En APROFA, han desarrollado un trabajo con estudiantes, con escuelas, con comunidades en general, y aseguró que transversalmente a nivel socioeconómico, hay una profunda desinformación con respecto al virus, por ejemplo los estudiantes no hacen correlación entre el uso del preservativo masculino y la adquisición de algún virus o alguna "infección" de transmisión sexual, sino que casi de manera generalizada, lo asocian estrictamente a prevenir el embarazo.

Opinó que no sería necesario crear una asignatura nueva, porque el marco curricular tiene tremendas posibilidades desde prekínder hasta IV medio en distintas asignaturas por ejemplo en inglés se puede hablar de “contagio” de VIH a través de una forma metodológica, canciones en inglés; en educación tecnológica, a propósito de objeto tecnológico, en quinto básico se puede hablar de tener una vida sexual sana, protegida. Sin embargo, la dificultad está en los docentes que no tienen la información actualizada, y eso se debe a que cuando los profesores pasaron por las escuelas de pedagogía no se vinculaba el aprendizaje con sexualidad, con afectividad, con género, por tanto no se puede pedir al docente que sepa cómo se contagia el VIH si eso nunca estuvo en su formación inicial. Además tampoco los docentes reconocen oportunidades para hablar de este tema en los planes y programas. Por eso, recomendó instar a una formación alineada con el currículum.

Señaló que todos los chilenos se encontraban en riesgo, por ello no cree conveniente seguir fomentando e invirtiendo millones de pesos en campañas comunicacionales centradas en HSH, en poblaciones migrantes, etcétera. Tal como recomienda la OMS hay que hacer campañas comunicacionales de educación que generen sentido a los distintos grupos de población, por ejemplo, que el condón masculino y el condón femenino son métodos de barrera altamente eficaces en la prevención. Asimismo, señaló que deben estar disponibles para toda la población porque todas las personas, independientemente de su edad o de su orientación sexual, podrían estar expuestas al “contagio” de VIH.

La primera recomendación es salir del mito de los grupos de riesgo; la segunda, poner la toma de muestras de VIH al acceso real de la población; la tercera es poner a disposición métodos de barrera y lubricantes en lugares masivos a través, por ejemplo, de dispensadores.

Finalmente, indicó que las familias tienen tantos mitos y estereotipos como los docentes. Por lo tanto, cuando se trabaja directamente con ellos de verdad se transforman en colaboradores en la formación de sus hijos.

38. Michael Díaz Rodríguez, Director Ejecutivo de Fundación Sida Maule. Precisó que esta fundación tiene como objetivo la prevención y el fomento del diagnóstico oportuno y fue una de las primeras organizaciones en Chile en promover abiertamente la realización del test en lugares públicos, a pesar de que el Ministerio de Salud lo tenía estrictamente prohibido para las organizaciones. También se impulsó la educación en afectividad y sexualidad y, obviamente, la promoción de los derechos humanos.

El Ministerio de Salud ha jugado un rol importante, ya que, desde los primeros años de la “epidemia”, trató de brindar una respuesta, buena o mala, pero respuesta al fin y al cabo y en este sentido, creó CONASIDA en los años 90, pero con el paso del tiempo, particularmente en el año 2008, con la crisis del Fondo Mundial en Chile, se disolvió este movimiento y el trabajo que se había logrado, y se le restó el impacto y la importancia política que tenía el VIH, y se redujo a una estructura menor dentro del Ministerio de Salud, a través de un Programa Nacional.

Eso es particularmente relevante, porque antes existía una mesa de trabajo integradas por distintos Ministerios, que tenían responsabilidad política y técnica, e implementar políticas públicas en la materia, sin embargo, a contar del año 2008 esta mirada se restringió solo al ámbito sanitario del Ministerio de Salud, y eso

ha sido uno de los principales errores, porque, se trata de un Programa Nacional que tiene miles de aristas que resolver.

El Ministerio de Salud debe ser capaz de monitorear, ser rector de la política pública, pero también debe tener un rol fiscalizador, pero, en la práctica, ha sido sobrepasado, y no ha estado a la altura, porque no tiene las competencias, ni el apoyo de otros agentes del Estado.

Cuando se analiza los planes nacionales del Ministerio de Salud, especialmente el Plan y la Estrategia al año 2020, se advierte que en su esencia, está muy bien logrado, pues responde a las necesidades del el país y se focaliza en todas las poblaciones clave y con distintos niveles de intervención.

Advirtió que si en el Plan Nacional la línea del presupuesto en condones, se lleva el 50% del presupuesto de todo el programa, difícilmente se podría realizar un trabajo coherente con la sociedad civil o en otra línea. Reiteró que no se logra nada con contar con un plan estratégico nacional que reúna todas las recomendaciones internacionales, si al momento de implementarlo no se cuenta con los recursos necesarios. En este punto criticó que los presupuestos asignados a las respectivas SEREMIAS en los últimos ocho años, solamente han sido incrementados de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor (IPC).

Por lo tanto, si no se cuenta con presupuesto para que la misma autoridad sanitaria pueda implementar campañas o para concretar las líneas estratégicas nacionales, difícilmente se logrará un cambio en el corto plazo.

Comentó que la razón de los altos índices de ITS en la población adolescente y joven se debe a que el mensaje educativo y preventivo no les está llegando.

Precisó que los Convenios de Cooperación Interministerial han sido deficientes, no obstante los firmados por el Ministerio de Salud con la CONADI, Gendarmería, Ministerio de Justicia, Ministerio de Educación, etcétera.

En este sentido, recordó que el año 2015, la Contraloría General de la República emitió una instrucción al Ministerio de Salud y al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos para que dictaran el reglamento para tomar exámenes dentro de los recintos del SENAME, y aún no se hace.

Manifestó que la Ley del SIDA dictada en el año 2001 fue positiva en su momento, pero en la realidad del año 2019 está desfasada pues hoy el país tiene una realidad distinta, con autoridades distintas y con un movimiento social distinto.

Por otro lado, le llama la atención que existiendo un cuerpo normativo que permite generar políticas públicas, porque la ley se refiere a la participación ciudadana, a un trabajo intersectorial, a campañas de comunicación social y prevención, de estudios de prevalencia y de comportamiento, siempre estas materias quedan entregadas al arbitrio del gobierno de turno.

En 2006, con la primera declaración política de la Asamblea General de la ONU, se logró que en el año 2015, 15 millones de personas pudiesen tener acceso universal a tratamientos. Ello, porque en el año 2011, se hizo una segunda declaración

internacional, refrendada en 2016, con el objeto de que al 2030 el SIDA desapareciera como enfermedad a nivel mundial.

Reflexionó acerca de los motivos por los cuales Chile no ampara derechos garantizados en instrumentos internacionales vinculantes para el Estado como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing u otros instrumentos internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño o la Declaración Internacional de Derechos Humanos.

Respecto de las políticas que implementa el Estado, reconoció que existe una agenda valórica que no está a la altura de la realidad del país. Si se analizan las campañas de comunicación social, como una estrategia, se observa que durante los primeros años, el 90 o 95, las campañas eran mucho más claras, directas, con mensajes más invasivos que reflejaban lo que estaba viviendo la comunidad, eran mensajes que estaban dirigidos a las poblaciones claves, personas que ejercían el comercio sexual, personas trans, personas de la diversidad sexual; sin embargo, a pesar de que había sectores que se escandalizaban, era una política pública que causaba impacto en la comunidad, se hablaba de la campaña y permitía instalar mensajes preventivos y educativos en la población y generar un diálogo. Sin embargo, las últimas cuatro campañas han contenido mensajes amarillistas, tibios, que no reflejan los comportamientos sexuales de la sociedad.

Opinó que debía existir mayor compromiso gubernamental, pero en concreto respecto del Convenio de Colaboración celebrado entre el Ministerio de Salud y el Consejo de Universidades Estatales, manifiesta no entender las razones por las cuales universidades públicas que dentro de su estructura financiera cuentan con cientos de millones necesitan que el MINSAL los provea de los preservativos, de test rápidos, de apoyo profesional, y muchos otros insumos.

Por último, señaló que habrá que fortalecer un mecanismo de rendición de cuentas, deben evaluarse las estrategias, las políticas, como por ejemplo las campañas de comunicación social, las campañas de test rápido para que puede medirse si funcionan o no y si es así volver a implementarla. Eso es particularmente importante porque la mayoría de los organismos internacionales, como la OMS, la ONUSIDA, las ONG, cuentan con mecanismos de rendición de cuentas.

39. Manuela Morales Penna, representante de la ONG Litigación Estructural para América del Sur (LEASUR). Sostuvo que Leasur se preocupa de la promoción y defensa de los derechos de las personas privadas de libertad.

Para comenzar a ilustrar la situación que viven las personas privadas de libertad que tienen VIH en Chile, indicó que se elaboró una especie de diagnóstico general de las problemáticas en que están insertos, en base a estadísticas del año 2012 respecto del número efectivo de personas que tienen VIH actualmente en los recintos penitenciarios.

El panorama general representa que quienes tienen VIH son principalmente de sexo masculino y el 39% se encuentra en la región Metropolitana. Expresó que cuando una persona es condenada a una pena privativa de libertad o se decreta una medida cautelar de prisión preventiva, la distribución del recinto penitenciario en que estará, está a cargo de Gendarmería, que toma diversos criterios como por ejemplo, la peligrosidad, si es primerizo o tiene condenas anteriores, si ha cometido delitos sexuales y también criterios de especial vulnerabilidad, según la

capacidad que tenga el propio recinto penitenciario, por ejemplo, las mujeres que tengan hijos lactantes van a un recinto especial y, a veces, se habilitan una especie de módulos para extranjeros.

En este contexto se dan divisiones respecto de las secciones homosexuales, porque la única forma que tiene Gendarmería para constatar es mediante el llenado de una ficha única individual cuando la persona ingresa al recinto penal. En dicho registro se pregunta su orientación sexual que, obviamente solo incluye las categorías de heterosexual, homosexual, bisexual, y no existe reconocimiento a nivel de normativa de la identidad de género.

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, y también se presume la voluntariedad 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.

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, desde el punto de vista del espacio geográfico de la cárcel tienen cosas positivas y negativas, 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; también se puede controlar un poco mejor la infraestructura y las condiciones de habitabilidad de ese grupo. Como consecuencias negativas se puede decir que 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 y no están exentas de ser discriminados por otros internos que estén fuera de ese patio o, también, por el mismo personal de Gendarmería.

Distinto es el caso de aquellas personas que tienen VIH, pero que no están en estas secciones especiales, esto es, personas que están en regiones. Ellos sufren alta discriminación entre los otros internos e internas del penal, y esa estigmatización llega a tal nivel que impacta en su salud.

Hay que tener presente que el “contagio” de VIH dentro de las cárceles es mucho mayor por una serie de razones, tales como el tráfico y consumo de drogas, ciertas prácticas sexuales entre los internos, no solamente a los que residen dentro del penal, sino también con el derecho a venustorio, que es la posibilidad que tienen las personas de tener relaciones sexuales con parejas de fuera de la cárcel.

Sostuvo que muchas veces no se les entrega preservativo por parte no de Gendarmería ni del Ministerio de Salud ni menos se asegura que los pocos que se reparten vayan a ser usados, no obstante, se supone que se debería ofrecer el acceso a testeos, pero, en la práctica, no se hace mucho.

Por otra parte, es conocido el altísimo nivel de hacinamiento y sobrepoblación que hay en las cárceles, lo que, obviamente, impacta mucho en la 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.

A ello se suma que 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 del alcance que tiene la enfermedad y de 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.

40. Daniel Contardo Vásquez, representante de la ONG Litigación Estructural para América del Sur (LEASUR). Preciso que 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 existe sólo 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.

Explicó que los informes de derechos humanos indicaron que no se respetan los estándares de salud en las cárceles, a pesar del trabajo interdisciplinario que ha establecido el MINSAL. Si bien ha habido interés en generar convenios entre Gendarmería y el MINSAL, no ha habido fiscalización de los resultados. Por ejemplo en la cárcel de Combarbalá existe una sola 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, por lo que esta población, cuando problemas de salud debe concurrir al hospital de la Isla, que cuenta con solo un profesional para toda la población.

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

En este punto, indicó que según estudios llevados a cabo por la Fundación Salvia el año 2012, 25,8% de las personas que está en situación de cárcel, dice que no se respeta el principio de confidencialidad en salud y 22,8% de los internos con VIH, señala que no se entrega información adecuada ni su diagnóstico.

41. Carolina Espinoza Barrera, representante de la Corporación Chilena de personas trans “Amanda Jofré Cerda”. Comentó que las principales causas de muerte de 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, puesto que no son reconocidas como población trans.

Afirmó que debido a esta exclusión, históricamente se han visto obligadas a ejercer el trabajo sexual como primera forma de subsistencia para generar ingresos económicos. Además este trabajo las ha expuesto al VIH-Sida por el hecho de que muchas veces los mismos clientes las obligan por dinero a no usar preservativo. Agregó que la exclusión económica, social y cultural afecta generalmente a las personas trans y emerge una única y clara posibilidad de supervivencia: el comercio

sexual. Ambas identidades, trans y trabajadora sexual, conjugadas en una misma sujeta, agudizan, sin duda, la posibilidad de que adquieran el VIH u otra ETS.

Expresó que desde que se organizaron, en el año 2000, trabajan sensibilizando a los Servicios de Salud para lograr un trato inclusivo y no discriminatorio y que a partir del año 2011 empezaron a difundir y a apoyar las circulares N° 34 y, luego, la N° 21, del Ministerio de Salud, que hablan sobre el trato y respeto al nombre social que tienen las personas trans.

Asimismo, acotó que desde el año 2017 trabajan 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.

Señaló que según los datos de la Subsecretaría de Salud Pública se estima que las mujeres trans representan el 30% de la epidemia concentrada en Chile. Agregó que sin embargo, el 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. Porque dentro de las estadísticas del VIH en Chile, las trans aparecen como HSH y se invisibiliza a la mujer trans que está detrás de esa estadística y de ese registro.

Asimismo, señaló que 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.

Indicó que la mayoría de los diagnósticos de VIH/Sida en mujeres trans se realiza cuando estas se encuentran en etapa Sida y que 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.

Recomendó realizar un estudio epidemiológico para recoger datos cuantitativos y cualitativos actualizados, para que el MINSAL desarrolle estrategias efectivas dirigidas a las poblaciones claves, así como realizar campañas comunicacionales, acciones preventivas focalizadas y comunitarias, dirigidas a poblaciones de mujeres trans.

Asimismo, 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; reincorporar la compra de preservativos masculinos extra resistentes y con lubricación; asegurarles atención médica y medicación oportuna a las mujeres trans privadas de libertad e imputadas.

De igual forma consideró importante el 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.

Finalmente enfatizó la necesidad de contar con planes especiales de atención, en el sentido de que se diferencien dentro de las estadísticas de HSH. Concluyó que se pierden las estadísticas de personas trans porque el Estado no sabe registrarlas.

42. Víctor Hugo Robles Fuentes, periodista y conductor del programa radial sobre diversidad sexual y VIH. Informó que la historia del VIH SIDA partió con la primera persona que falleció públicamente en el país, y con un titular terrible del diario La Tercera que señaló “Murió paciente del cáncer gay chileno”.

Agregó que en esta enfermedad más del 90% de las situaciones de riesgo, de transmisión y de adquisición del virus son a través de la vía sexual. De ahí la importancia de la educación sexual para la prevención, no obstante, indicó que el problema está en que no se enfrenta la sexualidad y el cuerpo, lo que constituye un gran dilema en la historia del país.

Esta enfermedad aunque afecta a la sociedad en su conjunto, en términos cuantitativos y cualitativos está concentrada, porque afecta mayoritariamente a HSH, es decir, a la población homosexual y a la población transfemenina.

Agregó que la iniciación sexual en edades tempranas, la falta de educación sexual en hogares y escuelas, relaciones sexuales desprotegidas, la ausencia de programas gubernamentales de prevención del VIH/SIDA, entre otros factores, han provocado un aumento sostenido de nuevos casos VIH positivos en los últimos años. Un informe mundial de ONUSIDA, dado a conocer en 2017, reveló que entre los años 2010-2016 Chile incrementó el número de notificaciones positivas, ostentando las cifras más altas en América Latina con el 34% de nuevos casos de VIH/SIDA.

Explicó que se trata de una enfermedad que, a diferencia del cáncer, la diabetes o la hipertensión, tiene características morales, una connotación de estigma y discriminación que afecta social, laboral y psicológicamente a las personas que viven con VIH.

Comentó que durante la dictadura, Pinochet firmó un decreto que incluía al VIH como una enfermedad de transmisión sexual e hizo obligatoria su atención gratuita. Este es uno de los aspectos positivos poco conocido, porque ese decreto fue usado en los años 90 por las personas que vivían con VIH, para obligar mediante los tribunales a que se les reconociera el derecho a la salud y se les otorgara tratamiento para los enfermos.

Indicó que el 9 de mayo de 1990 se creó CONASIDA y por ello le extraña que en la actualidad exista un programa que se haga cargo de este tema y no una institución más fortalecida. En 1987 con el objeto de implementar una serie de medidas tendientes a minimizar los efectos y el impacto del VIH, se dicta el Decreto N° 466 que incluye el VIH en las enfermedades de transmisión sexual con tratamiento gratuito en el sistema público de salud. El año 2001 se dictó la ley del Sida que estableció normas relativas al VIH, creando bonificaciones fiscales para enfermedades catastróficas y garantizando derechos como a la atención gratuita, la confidencialidad en el examen, y al trabajo de las personas viviendo con VIH/SIDA. La ley representó un paso fundamental, pero no detuvo el avance de la transmisión del VIH entre la población, debido, entre otras cosas, a que con el paso del tiempo no se ha modernizado ni fortalecido ni menos difundido por las autoridades

Agregó que un estudio de la Fundación Margen, sobre monitoreo de presupuesto en prevención del VIH/SIDA, durante el año 2016, informó que el Estado de Chile había invertido 99 millones de dólares en tratamientos y exámenes para el VIH/SIDA, y solo 653 mil dólares en prevención. Ninguna política pública de salud

puede sostener millonaria inversión solo en tratamientos para una condición de salud que es médicamente tratable, pero mucho antes de eso, prevenible.

Sostuvo la necesidad de explorar la posibilidad de establecer estrategias para colaborar, en conjunto, en la prevención y la información a la población poniendo de relieve la necesidad de abordar como país, la situación de crisis en esta materia, y su impacto en jóvenes y mujeres. Por otro lado, afirmó que las máximas autoridades de Salud, deben asumir esto como un problema de Estado y las campañas de prevención deben ser construidas en conjunto con la sociedad civil.

Agregó que la política de prevención del VIH en Chile se debe abordar desde quienes viven con VIH/SIDA. El denominado “relajo social” ocurre porque los medicamentos antirretrovirales entregan una promesa de salud en la que el sujeto actúa en forma pasiva porque los que intervienen son los medicamentos. El uso del condón requiere una acción activa de las personas en todo momento, lugar y circunstancia. Las campañas del gobierno desconocen los datos epidemiológicos que dicen que el VIH/SIDA en Chile es una epidemia concentrada en HSH y, más bien, aparecen dirigidas a la población general. Del mismo modo, no existen datos sobre las poblaciones transgéneras las que quedan invisibilizadas en el concepto de HSH.

Para abordar esta enfermedad como Estado propuso una serie de medidas necesarias y urgentes, entre ellas, la creación de un programa nacional intersectorial de control y prevención del VIH-ITS; mayores presupuestos públicos destinados a enfrentar esta enfermedad; liderazgo en la gestión política de los funcionarios que trabajan en prevención; mesas e instancias institucionales de trabajo con las organizaciones sociales; campañas de comunicación social de prevención permanentemente, destinadas a la población en general pero también focalizada; la creación de nuevos centros de salud y también de atención en ITS y la instauración del Día Nacional del VIH/SIDA en memoria del valiente e inolvidable activista Sigifredo Barra, fundador del Centro de Apoyo a Personas Viviendo con VIH/SIDA (CAPVIH), primer rostro público seropositivo en nuestro país.

43. Milenka Kegevic Romero, representante del Comité de Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados. Comentó que el departamento de Evaluación de la Ley realizó una evaluación de la ley N° 20.418, que Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad, a solicitud de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Dentro del trabajo se fijaron en los objetivos de la ley que consisten en regular el método anticonceptivo de emergencia, prevenir la violencia sexual, las infecciones de transmisión sexual, el embarazo adolescente, y regular el derecho de toda persona a recibir educación en materia de sexualidad. Por lo tanto, como contrapartida, buscaba regular el deber del Estado de entregar tanto la educación como los servicios y productos que implican la regulación de la fertilidad.

Explicó que en atención a ello, el departamento de evaluación de la ley definió como objetivo de estudio el análisis de la norma con especial atención en garantizar el derecho de acceso a la educación y a la salud sexual que ésta mandata.

A su vez, el departamento logró determinar como ejes centrales para orientar la investigación los siguientes: derechos sexuales y reproductivos; la educación en sexualidad afectiva y género y, la prevención en salud sexual.

Por otra parte, afirmó que el artículo 1°, inciso tercero, de dicha ley entrega al Ministerio de Salud la facultad de dictar un reglamento para regular los derechos que salvaguarda esta norma. Sin embargo, en el inciso cuarto, donde se hace mención a los programas educacionales referentes a educación sexual, solo se exige a establecimientos reconocidos por el Estado, sin entregar facultades ni la obligación al Ministerio de Educación de dictar un reglamento para regular la materia. Esto ha generado que dicha Cartera solo aporte orientaciones para la elaboración de programas por parte de los establecimientos.

Hizo presente que profesionales del CESFAM de la región Metropolitana les señalaron que se estaría impidiendo educar en función de conocimientos basados en evidencia empírica sobre un proceso que es considerado inherente al ser humano, que implica formar desde una perspectiva neutral y objetiva.

Al no incluir al Ministerio de Educación o al no entregarle la obligación de dictar un reglamento la materia de sexualidad se ha centrado más bien en un sentido biológico y no formativo. Esto se ejemplifica en que el Ministerio aporta orientación, y lo ha hecho últimamente a través de la política del portafolio, que los profesionales de la educación la han calificado como engorroso y poco cercano a la realidad que se vive al interior del aula, puesto que no posibilita el trabajo lúdico con los estudiantes ni su implementación por falta de espacios destinados a ello.

Otra manifestación clara de falta de educación sexual es que hoy en día, o al menos hasta la entrega de este informe, el plan de educación sexual y afectividad data del año 2005, sin contar con nuevas actualizaciones hasta diciembre de 2018, salvo por la elaboración de una estrategia en la que participaron transversalmente el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Mujer, que hasta diciembre del año pasado estaba subida en la página *web* del Ministerio de Salud. Sin embargo, al entrevistar a personeros del Ministerio de Salud señalaron que esa estrategia no se aplicaba.

De acuerdo con ello, tanto profesionales de la salud como de la educación han dicho que la educación sexual en los colegios es débil, tardía, incluso algunos dijeron inexistente y su inclusión actualmente en el currículo nacional en ocasiones pasa desapercibida, pues no se le da la prioridad ni la relevancia necesaria.

En la actualidad muchos docentes carecen de capacitación y espacios durante la jornada escolar para abordar estas materias. Es más, muchos señalaron que se trataban en horas de orientación, de biología, de geografía, sin darle el espacio necesario ni un horario determinado.

Esto se dificulta aún más si se considera que los especialistas finalmente son los mismos docentes, los jefes de curso, los encargados de convivencia escolar, psicólogos, etcétera, quienes entregan estas herramientas sin estar cien por ciento capacitados.

44. Paulina Maturana Arancibia, representante del Comité de Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados. Señaló que entre las conclusiones de dicha evaluación se consignó que en Chile ha predominado un enfoque sanitario de riesgo en el acceso a derechos sexuales y reproductivos, que se refleja tanto en las prestaciones de salud como en el sistema escolar, perspectiva que ha limitado la toma de decisiones por parte de las personas.

Además, se señala, entre otras cosas, que el debate público ha estado centrado en el aumento de los casos de VIH y otras ETS, como la gonorrea; en que la norma en análisis excluye la educación sexual en las primeras etapas formativas; y respecto a la ausencia de un reglamento de educación sexual, lo cual habría limitado la implementación de la ley analizada.

Agregó que si se analiza el número de matrículas de la enseñanza preescolar hasta la media se observa que 72% de los niños no tienen acceso a educación sexual porque la ley N° 20.418 establece en su artículo 1° que la educación sexual tiene que estar dirigida solo a estudiantes de enseñanza media.

La iniciación sexual, según la 8ª Encuesta Nacional de la Juventud de 2015, arrojó que el promedio de edad en que la población se inicia sexualmente es a los 16,6 años, sin embargo, como indicó la señora Anita Román, y otros profesionales de la salud, la edad de iniciación sexual hoy estaría alrededor de los 14 años.

Por lo tanto, concluyó que considerando la cantidad de matrículas que existen en el país, la educación sexual está llegando tarde.

Mencionó que el acceso limitado de los adolescentes a la atención de salud es otra conclusión que se identificó en el informe. Habla de las características propias que tiene el grupo etario puntualmente en esta etapa de desarrollo.

En una de las entrevistas los jóvenes indicaron que era muy difícil acercarse a los CESFAM, primero, porque los horarios de atención son demasiado acotados, y segundo, porque sentían vergüenza de que alguien conocido los viera. También señalaron que la atención que se les entregaba era demasiado breve; que no se sentían cercanos al profesional que les llenaba su ficha al ingresarlos.

En conclusión es un sistema que los aleja de estos espacios de salud, sin embargo existen algunas iniciativas que van en pro de mejorar el tipo de calidad de atención para ellos, porque el aumento de los espacios amigables. Al respecto, precisó que el MINSAL tiene una meta en el sentido de contar en el año 2020 con 567 espacios amigables, tomando en consideración que al año 2017 existían 263.

IV.- INFORMACIÓN SOLICITADA

La Comisión acordó el despacho de diversos oficios sobre materias relacionadas con su investigación, los que se consideran con indicación de si hubo o no respuesta y que se adjuntan en las actas respectivas:

Oficio N° 003

Fecha	20-03-2019
Destinatario	Ministro de Salud, señor Emilio Santelices
Materia:	Consulta políticas y programas de prevención del VIH/SIDA dispuestas desde el año 2010 a la fecha y el presupuesto asignado anualmente a cada una de ellas. Asimismo, las estadísticas relativas al número de personas que vive con VIH/SIDA en el país, y cuantas de ellas han abandonado los tratamientos, distinguiendo anualmente.
Respuesta:	Recibida el 17 de junio. Se informó las estadísticas de prestaciones de salud en materia VIH/SIDA, en los centros de salud pública del país. Adjuntó minuta con información.

Oficio N° 004

Fecha 20-03-2019
Destinatario **Ministra de Educación, señora Marcela Cubillos.**
Materia: Solicita políticas y programas educacionales dispuestas por esa Secretaría de Estado, en materia de prevención del VIH/SIDA en establecimientos educacionales, desde el año 2010.
Respuesta: Sin respuesta.

Oficio N° 005

Fecha 20-03-2019
Destinatario **Directora (S) Del Instituto de Salud Pública, señora María Judith Mora.**
Materia: Consulta el detalle del trabajo realizado desde el año 2010 en materia de estudios de investigación relacionados con el VIH/SIDA.
Respuesta: Recibida el 3 de junio. Informa que el Instituto realiza una labor de apoyo técnico al Ministerio de Salud, además de cumplir con las labores que han sido encomendadas por ley.

Oficio N° 006

Fecha 20-03-2019
Destinatario **Presidenta del Consejo Nacional de Televisión, señora Catalina Parot.**
Materia: Consulta horarios y tiempo de las transmisiones sobre campañas de prevención del VIH/SIDA desde el año 2010.
Respuesta: Sin respuesta.

Oficio N° 007

Fecha 04-04-2019
Destinatario **Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Luis Castillo.**
Materia: Consulta estadísticas sobre prestaciones de salud en materia de VIH/SIDA, en los Centros de Salud Pública del país.
Respuesta: Recibida el 17 de junio. Informó las estadísticas de prestaciones de salud en materia VIH/SIDA, en los Centros de Salud Pública. Adjuntó minuta con la información requerida.

Oficio N° 008

Fecha 04-04-2019
Destinatario **Ministro de Salud, señor Emilio Santelices Cuevas.**
Materia: Consulta sobre convenios internacionales en materia de prevención y tratamiento del VIH/SIDA.
Respuesta: Recibida el 17 de junio. Informó y adjuntó documento "Acuerdos y Compromisos Internacionales", elaborado por esa Cartera.

Oficio N° 009

Fecha 04-04-2019
Destinatario **Ministro de Relaciones Exteriores, señor Roberto Ampuero.**
Materia: Consulta sobre convenios internacionales en materia de prevención y tratamiento del VIH/SIDA.
Respuesta: Recibida el 10 de junio. Comunica que el Ministerio no tiene registro de tratados suscritos por Chile en la materia.

Oficio N° 011

Fecha 18-04-2019
 Destinatario **Ministro de Salud, señor Emilio Santelices.**
 Materia: Consulta estado de financiamiento para implementar los tratamientos PreP.
 Respuesta: Recibida el 10 de junio. Comunica que en el presupuesto VIH 2019, la profilaxis Pre Exposición, cuenta con un financiamiento de \$ 370.000.000.

Oficio N° 012

Fecha 18-04-2019
 Destinatario **Ministro de Salud, señor Emilio Santelices Cuevas.**
 Materia: Consulta estado de distribución de test rápidos y preservativos.
 Respuesta: Sin respuesta.

Oficio N° 013

Fecha 18-04-2019
 Destinatario **Ministro de Salud, señor Emilio Santelices Cuevas.**
 Materia: Consulta sobre programa de retorno de extranjeros y eventualmente las deportaciones a países de origen.
 Respuesta: Recibida el 10 de junio. Comunica que la entidad pública encargada de la materia consultada es el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, por lo que reenviaron la petición de información al Departamento de Extranjería y Migración, de dicha Cartera, la que está pendiente de respuesta.

Oficio N° 014

Fecha 18-04-2019
 Destinatario **Ministro de Relaciones Exteriores, señor Roberto Ampuero.**
 Materia: Consulta programa de retorno de extranjeros y eventualmente las deportaciones a países de origen.
 Respuesta: Recibida el 27 de mayo. Informa que el Ministerio no interviene en el proceso voluntario de repatriación de extranjeros, ni en la expulsión judicial o administrativa, pues ambas materias son competencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Oficio N° 015

Fecha 18-04-2019
 Destinatario **Ministro del Interior y Seguridad Pública, señor Andrés Chadwick.**
 Materia: Consulta programas de retorno de extranjeros y eventualmente las deportaciones a países de origen.
 Respuesta: Sin respuesta.

Oficio N° 016

Fecha 18-04-2019
 Destinatario **Ministro de Hacienda, señor Felipe Larraín.**
 Materia: Consulta presupuesto asignado para el tratamiento y prevención del VIH/SIDA.
 Respuesta: Recibida el 10 de julio, del Director de Presupuestos y adjunta presupuesto asignado y ejecutado año 2019, para el tratamiento y prevención del VIH/SIDA.

Oficio N° 017

Fecha 18-04-2019
 Destinatario **Director de Presupuestos, señor Rodrigo Cerda.**
 Materia: Consulta evaluaciones realizadas al gasto en programas sobre prevención y tratamiento del VIH.
 Respuesta: Sin respuesta.

Oficio N° 018

Fecha 18-04-2019
 Destinatario **Director (S) de CENABAST, señor Christian Venegas.**
 Materia: Consulta detalle del gasto ejecutado en materia de compra de medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA.
 Respuesta: Sin respuesta.

Oficio N° 019

Fecha 18-04-2019
 Destinatario **Ministra de Educación, señora Marcela Cubillos.**
 Materia: Consulta detalle de programas ejecutados en materia de prevención del VIH/SIDA.
 Respuesta: Recibida el 10 de junio y adjunta el detalle solicitado.

Oficio N° 020

Fecha 08-05-2019
 Destinatario **Director Nacional del Fondo Nacional de Salud (FONASA), señor Marcelo Mosso.**
 Materia: Solicita informe detallado de migrantes que puedan acceder al diagnóstico y tratamiento relacionado con VIH/SIDA.
 Respuesta: Sin respuesta.

Oficio N° 021

Fecha 31-05-2019
 Destinatario **Ministro de Salud, señor Emilio Santelices Cuevas.**
 Materia: Solicita remita "Estudio Comparado de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas en Chile".
 Respuesta: Sin respuesta.

Oficio N° 023

Fecha 31-05-2019
 Destinatario **Ministro del Interior y Seguridad Pública, señor Andrés Chadwick.**
 Materia: Reitera consulta sobre programa de retorno de extranjeros y eventualmente las deportaciones a países de origen.
 Respuesta: Sin respuesta.

Oficio N° 024

Fecha 7-06-2019
 Destinatario **Director Nacional del Fondo Nacional de Salud (FONASA), señor Marcelo Mosso.**
 Materia: Solicita informe sobre el contenido y alcance del dictamen 1G No 3/2019.
 Respuesta: Recibida el 21 de junio, refiriéndose al contenido y alcance del dictamen relativo a los requisitos de la población migrante para acceder a la cobertura financiera del Fondo Nacional de Salud.

Oficio N° 025

Fecha 7-06-2019
Destinatario **Ministro de Relaciones Exteriores, señor Roberto Ampuero.**
Materia: Solicita informe sobre Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales.
Respuesta: Sin respuesta.

Oficio N° 028

Fecha 14-06-2019
Destinatario **Director de la Biblioteca del Congreso Nacional.**
Materia: Solicita informe sobre las políticas públicas en prevención del VIH SIDA del Ministerio de Salud, desde el año 1990 hasta el año 2018; los programas de educación sexual implementados por el Ministerio de Educación, desde el año 1990 hasta el año 2018, y los marcos legales que regulan y han regulado la materia relacionada con el VIH SIDA.
Respuesta: Recibida el 24 de junio. Remite "Programas de VIH/SIDA, prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control" correspondiente a los periodos 1990-2000; 2000-2010 y 2010-2018.

Oficio N° 029

Fecha 18-06-2019
Destinatario **Directora del Instituto de Salud Pública, señora María Judith Mora.**
Materia: Solicita información en carácter de urgente acerca de 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 la enfermedad a nivel nacional.
Respuesta: Recibida el 21 de junio. Se refiere a las políticas preventivas en esta materia implementadas entre los periodos solicitados y las cifras de las personas que viven con VIH/SIDA.

V.- CONSIDERACIONES, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS PRESENTADAS

En sesión celebrada el 10 de julio de 2019, se procedió a la presentación y estudio de las consideraciones, conclusiones y propuestas de la Comisión Especial Investigadora.

La diputada señora Mix (Presidenta) explicó que se han elaborado y consensado por los diputados y diputadas de la Comisión un borrador que se tiene como documento base, con las conclusiones y proposiciones sobre la investigación, que a continuación se reproducen y son del siguiente tenor:

Durante el trabajo de la Comisión Investigadora, se han recopilado diversos antecedentes por medio de oficios a servicios públicos, y de las exposiciones de autoridades, expertos y de una amplia gama de actores de la sociedad civil. Dichos antecedentes dicen relación tanto con la vigilancia epidemiológica y estudios científicos vinculados al VIH-SIDA, como también, en lo que a prevención, diagnóstico y tratamiento del virus respecta, y a través de las cuales se observó la actual estrategia desarrollada y la institucionalidad encargada de desplegar el Plan Nacional.

Asimismo se tuvieron a la vista otros factores que han sido determinantes en el grave aumento de casos en la última década, escenario sanitario actual que perfectamente califica para ser denominado como “epidemia”.

En ese mismo sentido, la Comisión analizó con especial énfasis las materias relativas a la educación sexual y reproductiva, que debiera tener por objeto la prevención de la transmisión de este virus y demás ETS, tanto dentro como fuera del aula. Identificándose transversalmente este aspecto como una de las principales falencias en las estrategias de implementación de la política.

De esta manera se han reunido antecedentes suficientes para identificar las responsabilidades políticas de quienes tenían a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en relación al VIH/SIDA, consignada en la normativa actual. Además, hemos recopilado un conjunto de observaciones y/o proposiciones al sistema de Detección, Diagnóstico, Control y Tratamiento que permitan llevar adelante las propuestas presupuestarias, legislativas y las modificaciones administrativas pertinentes para corregir esta ineficaz política pública.

CONSIDERACIONES:

PRIMERA CONSIDERACIÓN

EVOLUCIÓN DEL VIH/SIDA EN NUESTRO PAÍS

“La portada del diario *Las Últimas Noticias* del 23 de agosto de 1984, (...) tituló: ‘Murió paciente de la enfermedad rara’. Mientras *La Tercera* titulaba ‘Murió paciente del cáncer gay chileno’⁸⁶. De esta estigmatizante forma los chilenos y chilenas nos enteramos de la primera muerte a causa de VIH/SIDA en 1984 en nuestro país, alimentándose ya en aquella época, múltiples prejuicios respecto a esta enfermedad, los cuales perduran hasta nuestros días.

No fue sino hasta el año 1987 que es dictado el Decreto N° 466; el propósito de la norma en comento, es implementar una serie de medidas tendientes a minimizar los efectos y el impacto del VIH en Chile a través del Ministerio de Salud.

En 1990 es creada CONASIDA, como el órgano técnico, permanente y encargado de la coordinación intersectorial del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, y que en términos generales, ejecutaba las funciones que el Decreto N° 466 asigna al MINSAL. Debido a su modelo de gestión, al programa desarrollado y a la correspondencia con estructuras similares en otros países, CONASIDA obtuvo reconocimiento internacional⁸⁷.

Un cambio en el año 2000 respecto a la administración del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, lo pone a cargo de la División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE, dependiente de la Subsecretaría de Salud. A partir de aquel año se logra observar una institucionalidad fragmentada y sin mecanismos permanentes de coordinación.

Finalmente, a partir del año 2010, CONASIDA desaparece y es el Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS el órgano a cargo de dicho Programa, dependiente de DIPRECE, en la Subsecretaría

⁸⁶ SIDA en Chile, Donoso y Robles, 2015.

⁸⁷ DIPRES, 2000.

de Salud Pública, el cual mantiene el mismo funcionamiento fragmentado observado en el periodo anterior.

Por otro lado, la realidad epidemiológica que se ha registrado en Chile ha sido variable. Desde los primeros casos detectados en 1984 y hasta el año 2012 se habían notificado 29.092 casos de VIH/SIDA. El análisis de la tendencia temporal de la tasa de notificación de VIH muestra un aumento sostenido hasta el año 2003, posteriormente se inicia un leve descenso hasta el año 2008, año en que vuelven a aumentar las tasas. En términos de casos diagnosticados por el ISP, se observa una tendencia creciente, teniendo peaks en el año 2011 (3.159 casos), 2013 (4.014 casos), 2017 (5.816 casos) y 2018 (6.948 casos). La mayoría de los notificados, el 89.2% correspondían a hombres (con predominio de hombres homo/bisexuales) y la principal vía de transmisión era la sexual (93.5%).

Según queda expresado en el último reporte de ONUSIDA, Chile ha experimentado un aumento exponencial de nuevos casos del virus VIH/SIDA desde los últimos 10 años hasta la fecha. Esta situación es del todo preocupante y posiciona a Chile entre los diez países con mayor aumento del virus a nivel global, lo que es aún más grave cuando la tendencia mundial es a la disminución de la transmisión.

Según datos otorgados por el organismo internacional, sólo entre los años 2010 y 2017 se estima que el incremento de personas viviendo con VIH en Chile fue de un 50%, identificándose a los jóvenes de entre 15 y 29 años como aquel segmento de la población más afectada, concentrándose en este grupo etario el 96% de los nuevos casos.

Una agravante a la situación que vive el país en esta materia es que alrededor de veinticinco mil personas ignoran que actualmente viven con VIH. Tal es la magnitud del problema que, el 31% de las personas notificadas se encuentran en etapa SIDA, ubicando al país en la actual crisis sanitaria y de salud pública.

Los últimos datos entregados desde el Ministerio de Salud, extraídos de la plataforma Spectrum -herramienta utilizada por ONUSIDA para su labor-, indican que **en Chile existiría un número total de personas viviendo con VIH de 67 mil. Así mismo, de 36.257 personas con carga viral suprimida al año 2017.**

SEGUNDA CONSIDERACIÓN

CHILE CUENTA CON UN MARCO JURÍDICO RELACIONADO AL VIH.

Como primera norma, nuestra Constitución Política, asegura a todas las personas, en el capítulo de garantías, el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, y el derecho a la protección de la salud; respecto a esto último, y entre otras cosas, el **Estado se obliga a proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.**

Por otro lado, el **Código Sanitario** de 1967, que se caracteriza por ser la norma encargada de regular todas las materias relacionadas con la salud pública del país y de sus habitantes. Su ámbito de aplicación corresponde a todas las cuestiones relacionadas con el fomento, la protección y recuperación de la salud de todos los habitantes de la República. En esa línea, este código destina todo un Libro a la protección y promoción de la salud, el cual, entre otras, trata las enfermedades transmisibles; destinando un párrafo a las enfermedades venéreas. En este sentido,

el artículo 38 dispone que es el **Servicio Nacional de Salud**⁸⁸ el órgano encargado de este tipo de enfermedades con el objetivo siempre de evitar su propagación por todos los medios educacionales y preventivos necesarios. La forma en que debe realizarse la educación sexual y antivenérea consta en un reglamento, el que además describe las enfermedades venéreas respecto de las cuales será obligatoria la notificación al Servicio Nacional de Salud. Es más, a través de este mismo Servicio, se deben desplegar acciones educativas tendientes a concientizar a la comunidad de los problemas de salud y estimular su participación activa en la solución de ellos.

En lo que a VIH/SIDA específicamente se refiere, cabe hacer presente que el año 1987 es dictado el Decreto N° 466 por recomendación de la OMS, cuyo objeto es implementar *un programa para la prevención, vigilancia, notificación y control de esta enfermedad, que incluya la educación tanto al personal de Salud como a la comunidad en general/nacional a través de normas, procedimientos y actividades tendientes a minimizar sus efectos y su impacto epidemiológico*. En consecuencia, el decreto le asigna al Ministerio de Salud la responsabilidad del diseño y la ejecución de dichos programas; de los cuales participarán así mismo, los Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile, los establecimientos y entidades de Salud adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud⁸⁹.

Ahora bien, recién el año 2001 entra en vigencia una norma que se ocupa de forma exclusiva de la enfermedad. La ley N° 19.779, más conocida como Ley Sida, establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea una bonificación fiscal para enfermedades catastróficas; además establece garantías, derechos, deberes y obligaciones de instituciones públicas del Estado de Chile, particularmente al Ministerio de Salud, en materia de prevención. Dicha ley, en conjunto con varios reglamentos, protocolos, dictámenes y circulares sirven de fundamento a las políticas, programas y acciones que se llevan a cabo en materia de salud relacionadas al VIH/SIDA.

Los artículos 1º y 2º de la normativa señalan que es responsabilidad del Estado, principalmente a través del Ministerio de Salud, elaborar y ejecutar políticas públicas, cuyos ejes son por un lado, impedir y controlar la expansión de la epidemia; y por otro, disminuir el impacto de ésta en la población. Para el desarrollo de dichas políticas es menester tener en especial consideración aquellos avances alcanzados en investigación científica relativos a la materia, y tener en cuenta la realidad epidemiológica nacional, con el propósito de desplegar políticas específicas para cada población clave. De ahí es que la ley en comento, dispone medidas relacionadas con la prevención, el diagnóstico, la investigación y atención en salud. Particularmente el artículo 3º señala que el Estado debe arbitrar las acciones necesarias para informar a la población acerca del virus a través de programas públicos, con énfasis en las vías de transmisión y de las medidas eficaces de prevención del virus. De igual forma, la norma prescribe que el Estado debe advertir acerca del tratamiento y las consecuencias de la enfermedad, haciendo hincapié en las campañas de prevención. Agrega asimismo, que el Estado promoverá la investigación científica del virus con miras a ejecutar políticas públicas y privadas dirigidas a su prevención, tratamiento y cura, dando cuenta de las vías de transmisión, las características del virus, su evolución y finalmente sus efectos. En el marco de las políticas públicas que promueva el Estado, “debe velar por la atención a los portadores o enfermos de VIH/SIDA”.

⁸⁸ Servicio descentralizado en 1979 y que dio paso a FONASA, ISP, CENABAST y Sistema Nacional de Servicio de Salud.

⁸⁹ Artículo 5 del Decreto Ley N° 466 de 1987.

Dentro de los principios en lo que se apoya esta ley encontramos: 1) *De Confidencialidad*, el cual se le informará a través de la consejería que deben recibir las personas que se sometan al examen y se materializa al momento de tomar el examen⁹⁰ y al entregar el resultado de éste; 2) *De Voluntariedad*, que se manifiesta en el consentimiento escrito, no pudiendo obligarse a nadie a practicarse el test. Sin embargo, excepcionalmente en caso de donación de sangre u órganos, tejidos, plasmas y en el control prenatal de mujeres embarazadas, el examen siempre será aplicado⁹¹; 3) *De Información*, el que también se concreta en el instante de los resultados del examen, y; 4) *De No Discriminación*, que dice relación con la no discriminación en el trabajo, en los establecimientos educacionales y centros de salud, sean públicos o privados.

Estas directrices permean toda la regulación en la materia, estableciéndose sanciones en caso de su inobservancia.

Por otra parte, desde la ley N° 19.966, que establece un régimen de Garantías en Salud, y en especial, del Decreto N° 228 de 2005 del MINSAL, es que se incluye al VIH/SIDA dentro del régimen de Garantías Explícitas de Salud, GES, lo cual vino a ampliar la cobertura de FONASA para el tratamiento a dicha enfermedad; solucionado así, la problemática que significaba para el paciente y su familia, asumir el alto costo de estos fármacos, los que hasta esa fecha no eran cubiertos por el sistema privado de salud.

Durante el 2018, y en virtud de las importantes cifras observadas, es que se levanta una estrategia enfocada en la detección de nuevos casos; es así como a través de la Resolución Exenta N° 1380 y su modificación ese mismo año, a través de la Resolución Exenta N° 1427, actualmente vigente, del Ministerio de Salud, se aprueban las Directrices para una detección más expedita del VIH a través del test visual /rápido en acciones intra y extramuros.

TERCERA CONSIDERACIÓN

CHILE CUENTA CON UNA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA

Hasta el año 2000 la **Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA)**, era la instancia permanente e intersectorial y organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación de los programas. Estaba presidida por el Subsecretario de Salud y era la encargada de proponer al Ministerio de Salud las medidas técnicas, jurídicas y administrativas necesarias para una mejor prevención, vigilancia, pesquisa y control de la enfermedad, así como también ejercer el rol dentro del sistema público, coordinando el programa con otros sectores, instituciones y organizaciones a través del trabajo en redes, tales como otros ministerios, sus respectivas Seremías, servicios públicos y de salud, organizaciones no gubernamentales y organizaciones sociales.

Ahora, la evaluación realizada por la Dirección de Presupuestos el año 2000, plantea que durante la década de los 90 se logró el objetivo de instalar el tema de VIH/SIDA, principalmente a través de las campañas públicas que tenían carácter anual. La última campaña de este tipo fue el año 1997, por lo que la DIPRES recomendó -a fin de mantener la alerta social- continuar con las campañas

⁹⁰ Resolución exenta N° 371 de 2001.

⁹¹ Decreto N° 182 de 2005.

comunicacionales de carácter anual.

Durante el siguiente período, si bien sigue existiendo CONASIDA como institución, se descentralizan sus facultades, optando por una estructura organizacional fragmentada, no vinculada a una única institución y sin mecanismos de coordinación permanentes, obstaculizando el buen desempeño de la política pública, lo que queda consignado en la segunda evaluación de la Dirección General de Presupuesto.

Es precisamente en el año 2010 que el Ministerio de Salud crea el **Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual** derogando CONASIDA que aún se mantenía legalmente. El nuevo departamento dependía de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) dependiente, a su vez, de la Subsecretaría de Salud Pública.

Ahora bien, durante el período 2010-2018, abordado por el mandato de esta Comisión Investigadora, no existen Informes de Evaluación elaborados por la DIPRES, además, no existe información consolidada de las características y funcionamiento del programa articulado entre los años 2010-2014 y 2014-2018, ya sea en base a sus componentes, sus programas asociados, ni las poblaciones objetivo consideradas.

Si bien, en esta Comisión no se presentaron antecedentes de evaluación del PROGRAMA, existió a partir del año 2012 una evaluación de MIDEPLAN (inicialmente), y luego del Ministerio de Desarrollo Social, inclusive hasta el año 2018, cuando se realizó evaluación exente al Programa, antecedentes que serán solicitados vía oficio.

Aunque, el Director de Gestión Pública de Acción Gay, Marco Becerra Silva, señaló la ausencia de un Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH, desde el Ministerio de Salud informan que existió un Plan Estratégico Nacional para los años 2012-2016, y los años siguientes se siguió la metodología del Ministerio de Salud de Planificación Operativa Anual (POA), en el marco de la Estrategia Nacional de Salud.

El cambio de estrategias, y la consiguiente generación de programas que quedaban al arbitrio de la mirada de cada titular del Ministerio de Salud, se debieron principalmente a la reestructuración a rango de Departamento de lo que anteriormente había sido CONASIDA.

Cabe mencionar sin embargo, que durante el período 2010-2014 se trazaron dos principales objetivos: la disminución de la transmisión vertical al 2% o menos, y la disminución en la mortalidad por el VIH/SIDA. Para el período siguiente (2014-2018) se mantuvieron dichos objetivos, y además, a través de la Circular N° 7 del 4 de agosto de 2017 del MINSAL, se instruyó la facilitación en el acceso al examen para el diagnóstico del virus (Test de Elisa).

Es a través de esta instrucción que se logran diagnosticar 5.816 casos nuevos en 2017, lo que comparado con los 4.927 del año 2016, nos entrega un aumento de alrededor de 900 casos en sólo un año, dando la primera señal de alerta sobre el aumento exponencial que comenzábamos a tener.

Ante este grave aumento en las cifras, el Ministerio de Salud presentó a

mediados del año 2017 una planificación para ser ejecutada entre diciembre de 2017 y abril de 2018 para enfrentar este complejo escenario. Entre otros compromisos, dicha planificación buscaba además de incorporar a los nuevos casos diagnosticados al tratamiento, la dispensación de preservativos, la implementación de test rápidos y la actualización de ciertas guías y reglamentos. Sin embargo, no existe información concreta de que dicha planificación se haya ejecutado.

Con la llegada del Exministro de Salud, Emilio Santelices, se presenta un nuevo Plan Nacional de VIH cuyos objetivos son, por una parte *“disminuir la transmisión del VIH e ITS, a través de estrategias de prevención”*, y por otra parte *“reducir la morbi-mortalidad por VIH/SIDA e ITS, facilitando el acceso oportuno a diagnóstico, control y tratamiento”*.

Cabe señalar, que en su exposición, el Exministro Santelices, no dio cuenta de las evaluaciones existentes de la ejecución del Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA durante los últimos diez años.

CUARTA CONSIDERACIÓN

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DESPLEGADAS EN EL PERÍODO Y EDUCACIÓN SEXUAL

Durante todo el desarrollo de la Comisión Especial Investigadora sobre la actuación del Ministerio de Salud y demás organismos públicos competentes en relación a crisis en el tratamiento del VIH/SIDA, se ha hecho un análisis crítico de los programas y acciones relacionadas tanto con prevención y educación sexual en el país, vinculando directamente esto con el progresivo aumento en los casos de personas que viven con VIH/SIDA en los últimos 10 años.

Resulta muy importante mencionar, que las políticas preventivas sobre VIH/SIDA han demostrado, a través de la experiencia comparada con otros países, ser determinantes en la lucha contra la transmisión de este virus y demás ITS. Más aún, si ellas son coordinadas con otros sectores del aparato público y con organizaciones sociales; verificando de este modo un efecto multiplicador en la sociedad, que a mediano y largo plazo reporta un menor costo y mayor eficiencia, todavía más, si las comparamos con las estrategias usadas actualmente, que están mayormente enfocadas cuando el virus ya se adquirió, a través de la aplicación del Tratamiento Anti-Retroviral (TAR).

Aunque la Doctora Valeria Stuardo expresa que no se han desplegado políticas efectivas enfocadas en la prevención primaria ni secundaria de forma coordinada intersectorialmente; menos aún se han abordado dimensiones tales como el género, la interculturalidad o la edad. En contraste, el Ministerio de Salud, a través de la respuesta al oficio 003-2019 de esta Comisión, dio cuenta de las actividades desarrolladas relativas a estos puntos entre el 2010-2018.

Se debe avanzar en dejar de entender a la prevención como una respuesta exclusivamente biomédica, por ejemplo, a través, principalmente de la entrega de preservativos. Hay que considerar seriamente el despliegue de otras estrategias de prevención, tales como la educación sexual integral, que tenga por objetivo entregar orientaciones para vivir una vida sexual plena y saludable, y/o campañas comunicacionales permanentes y dirigidas a las distintas poblaciones claves, sin que en éstas exista una intromisión de los sectores conservadores y

religiosos.

Al mismo tiempo, situaciones como la no realización de campañas comunicacionales durante el 2014, se contradicen con las recomendaciones de organismos internacionales especializados. En su informe del año 2008 ONUSIDA, plantea la necesidad de generar “movimientos pro prevención” como una forma de sostener los avances alcanzados previo al año citado, con el objetivo de *“mantener una respuesta sólida de prevención”*, hecho que se sostiene en que *“los países donde las tasas de “infección” por VIH han disminuido sustancialmente, la movilización comunitaria para la prevención del VIH ha sido un elemento crítico del éxito”*.

Tanto expertos, como las organizaciones de la sociedad civil plantearon durante el desarrollo de esta Comisión Especial Investigadora, la necesidad de generar **estrategias combinadas** que consideren aspectos como la reducción del estigma y la discriminación, la generación de una cultura de la prevención y un abordaje con perspectiva de género, entre otros.

El Departamento del Programa Nacional de Prevención y Tratamiento de VIH/SIDA cuenta con ejes de trabajo en materia de prevención, reporta información oficial respecto de la ejecución de los mismos y el nivel de alcance que tuvieron, en la respuesta al oficio 003 de esta Comisión Investigadora.

En base al componente de “Prevención” del Programa Nacional de Prevención y Control de VIH e ITS, podemos dividir las acciones preventivas del Estado en cuatro aristas: educación sexual, campañas comunicacionales, vínculo con organizaciones sociales y nuevas estrategias de prevención.

PRIMER COMPONENTE: Programas de educación sexual

A modo de recuento, vale decir que de acuerdo al Decreto N° 466 de 1987, en su artículo 5°, se establece que es responsabilidad del Ministerio de Salud el diseño y la ejecución de los programas de educación para el personal de salud y la comunidad en general. En este mismo sentido, determina además, que corresponde al mismo Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación supervigilar el cumplimiento de dichos programas, dentro del ámbito de sus atribuciones. De estas líneas se desprende que corresponde a ambas carteras velar por el cumplimiento de la política destinada a educación sexual.

Desde la dictación de dicho decreto, y hasta el año 1991 se produjo en Chile un vacío institucional en la materia, toda vez que recién en la fecha en comento es que se llama por parte del Ministerio de Salud a un “Comité Consultivo para Propuestas en Educación Sexual”, instancia que reunió a múltiples actores tanto institucionales como de la sociedad civil. Sin embargo, debido a diferencias ideológicas, no se logra acordar un piso común, optando finalmente por descentralizar las decisiones y mantener la autonomía de cada establecimiento educacional priorizando la libertad de enseñanza, lo que contrasta con el derecho de las personas a informarse en relación a su sexualidad.

Luego, a propósito de la participación de Chile en el año 1994 en la Conferencia de El Cairo, nuestro país se compromete a proteger, garantizar y promover el ejercicio de derechos en materia de salud sexual y reproductiva entre jóvenes; un año más tarde y pese a la resistencia de sectores conservadores de la clase política, las Iglesias y la sociedad en general, se desarrolla el primer plan piloto

de las denominadas Jornadas de Conversaciones sobre Afectividad y Sexualidad, JOCAS, instancia que buscaba estimular con todos los integrantes de la comunidad educativa (profesores, estudiantes, funcionarios, padres y apoderados) el fortalecimiento de la autorreflexión para la toma de decisiones libres y responsables. Iniciativa que fue descartada el año 2000, debido al alto costo político que resultó la implementación de esta política pública a las autoridades de la época.

En los años siguientes, específicamente el 2005, se impulsa por parte del ejecutivo el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad⁹²; plan que mantuvo la misma lógica, resguardando la autonomía de los establecimientos educacionales y sus proyectos educativos. En definitiva se constató la insuficiencia en la política del Ministerio de Educación debido a su bajo impacto e inexistentes logros de los objetivos esperados. No fue sino hasta el año 2009 que el Ministerio de Educación incorporó recién la afectividad y la sexualidad en los objetivos fundamentales y contenidos mínimos del Plan de Educación para los niveles básicos y medios. Sin embargo, en la Ley General de Educación no se establece la obligatoriedad de que los establecimientos educacionales cuenten con planes en esta materia.

Respecto a lo que dice relación con el periodo que el mandato de esta comisión busca investigar, el año 2010 se promulgó la Ley 20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, y que en su artículo 1° establece que *“toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial”*.

Haciendo énfasis en que *“dicha educación e información deberán entregarse por cualquier medio, de manera completa y sin sesgo, y abarcar todas las alternativas que cuenten con la debida autorización, y el grado y porcentaje de efectividad de cada una de ellas, para decidir sobre los métodos de regulación de la fertilidad y, especialmente, para prevenir el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual, y la violencia sexual y sus consecuencias”*. Y agrega que *“Este derecho comprende el de recibir libremente, de acuerdo a sus creencias o formación, orientaciones para la vida afectiva y sexual. Un reglamento, expedido a través del Ministerio de Salud, dispondrá el modo en que los órganos con competencia en la materia harán efectivo el ejercicio de este derecho”*.

En este sentido, en su presentación ante esta Comisión Investigadora las representantes del Comité de Evaluación de la Ley, señalaron que dicho reglamento no se creó hasta el año 2013, lo que limitó sustancialmente su implementación.

Mediante el Decreto Supremo N° 49 de 2013 suscrito por Jaime Mañalich, Ministro de Salud de la época, se aprueba dicho reglamento, para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad. Así, el reglamento se refiere al contenido de la información que se deberá otorgar en las atenciones de salud para la elección de los métodos de regulación de la fertilidad y el acceso a éstos, y reitera que los servicios asistenciales deberán orientar en la materia.

Enfatizamos la necesidad de recoger el derecho a una educación en la sexualidad, reforzando modelos propiciados por organizaciones de la sociedad civil, organismos de Naciones Unidas o la experiencia comparada, por sobre los modelos

⁹² https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2005_Plan_de_Educacion_en_Sexualidad_y_Afectividad_2005_2010.pdf

biomédicos, y sin minimizar el rol de los establecimientos educacionales en la participación de la educación para la sexualidad.

La misma ley N° 20.418, establece la obligatoriedad a los Establecimientos Educacionales de Enseñanza Media, de contar con un Programa de Educación en Sexualidad. Para lo cual entre los años 2011 y 2014, el MINEDUC y el SERNAM conformaron una mesa de expertos que evaluó el contenido de los siete programas que posteriormente ofertó al sistema educativo.

Programas de Educación Sexual y su implementación.

Programa	Institución	% de escuelas que eligieron el programa
Teen Star	Dra. Pilar Vigil/Hanna Klaus (UC)	30%
Curso de Ed. Sexual Integral	Fundación CESI: Centro de Educación sexual, inteligencia emocional y afectividad integral. Dr. Capponi.	17%
Programa Aprendizaje en sexualidad, afectividad y género	U. de Chile	11%
Aprendiendo a querer	Universidad de la Santísima Concepción	8%
Programa de Ed. En Valores, afectividad y sexualidad	Universidad San Sebastián	8%
Sexualidad, autoestima y prevención del embarazo en la adolescencia	APROFA (Asociación Chilena de Protección de la Familia)	3%
Adolescencia: Tiempo de decisiones	Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia	1%
Otros	Los programas ofertados por el Mineduc eran de alcance y presupuesto limitado, por lo que las escuelas no beneficiadas tuvieron que contar con programas financiados por ellas mismas (vía SEP u otras fuentes propias).	23%

Fuente: Presentación Ministerio de Educación en CEI de VIH/SIDA

Respecto a la información acerca de la implementación de dichos programas, alrededor de un 25% de los establecimientos optó por generar sus programas propios, conforme la propia ley lo permitía. Si bien se respeta, dentro del marco legal, la posibilidad de que cada establecimiento educacional genere sus propios programas, resulta indispensable que el Ministerio de Educación fije directrices mínimas y establezca mecanismos de fiscalización respecto del cumplimiento de estos programas.

Por lo anterior, resulta positiva la presentación del Proyecto de ley que amplía el ámbito de la ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, boletín 12.734-04, en orden a establecer contenidos mínimos a partir de 5° básico, en donde se asegure que todos los programas de educación sexual, contengan los métodos anticonceptivos

existentes, que aborden la prevención de las infecciones de Transmisión Sexual, el embarazo adolescente y el abuso sexual.

Se destaca lo anterior, más aun teniendo presente que durante 2018, el Ministerio de Educación entregó *“orientaciones para la elaboración de estos programas por parte de los establecimientos, dejando al arbitrio del sostenedor la determinación de enfoques de contenidos que integran y su ejecución”*, debido a que no se cuenta con una herramienta legislativa idónea para tratar esta temática.

El Comité de Evaluación de la Ley señaló que los programas de educación sexual son débiles, tardíos o inexistentes. Lo que se ve traducido en poca preparación de los docentes en el tema, escasos tiempos durante la jornada escolar para desarrollarlos, y la prácticamente nula priorización de estos programas dentro del currículum.

Tras la *Primera Reunión de Ministerios de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe*, realizada durante el año 2008 se aprobó la declaración *“Prevenir con Educación”* en que se plantearon metas regionales que buscaban la reducción en un 75% de la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación que no han institucionalizado la educación integral en sexualidad por un lado, y paralelamente, la reducción en un 50% de la brecha en el número de adolescentes y jóvenes sin cobertura de Servicios de Salud que atiendan, apropiadamente, sus necesidades de salud sexual y reproductiva por el otro.

Para el año 2015, Chile se encontraba en graves dificultades para alcanzar dichas metas. De acuerdo con un análisis realizado por la Red Democracia y Sexualidad (DEMISEX), en alianza con la International Planned Parenthood Federation (IPPF), nuestro país presentó tan solo un 35% de avance en los compromisos del acuerdo. Sin embargo, la situación más grave que arroja el informe es respecto a los datos en el área de educación, en donde Chile se ubica en el último lugar del continente con tan sólo un 11% de implementación, debido a la falta de mecanismos eficientes que, en cierta medida, se suplen con la presentación del proyecto de ley.

Urge desarrollar e implementar una ley que contemple programas contundentes y robustos de educación sexual con un enfoque de derechos sexuales y reproductivos cubriendo todas las necesidades en esta materia, y ayudando a la prevención del VIH/SIDA y demás ETS.

SEGUNDO COMPONENTE: Campañas comunicacionales y mediáticas

En relación a las campañas comunicacionales y mediáticas de prevención del VIH/SIDA, desde el año 2010 al 2018, se llevaron a cabo 8 campañas de comunicación, de 1 a 2 meses de duración y no fueron constantes todos los años. En términos cuantitativos, según *el Informe Programas de VIH/SIDA: 2010-2018*, elaborado por Asesoría Técnica Parlamentaria, los resultados muestran que estas fueron vistas por menos del 50% de los encuestados y no generaron un impacto real en cuanto a sus conversaciones.

No obstante la evaluación externa cuali - cuantitativa disponible sobre los resultados de esta estrategia comunicacional, corresponde a la campaña del año 2015, que arrojó que el 56.6% de la audiencia y población encuestada declaró haber

visto alguna de las piezas de la campaña. Esta campaña estuvo orientada a la promoción del uso del condón, a diferencia de las otras 7 campañas que estuvieron enfocadas en la promoción y llamado a realizarse el test de VIH.

En términos metodológicos, si bien las campañas de prevención del VIH son válidas y recomendadas por organismos internacionales, se caracterizan por ser insuficientemente específicas en la definición de objetivos y audiencias, con poca profundidad y estrategias de disseminación demasiado amplias para los recursos limitados con los que se cuenta. Su alto costo, y complejidad cultural, para abarcar todas las necesidades comunicacionales, representa un desafío adicional importante.

En este sentido, en el transcurso de la Comisión se ha verificado que existe escasa percepción respecto del trabajo relativo a campañas de prevención, lo que queda ratificado en el documento *“Gasto en Campañas de Prevención del VIH SIDA en Chile”* realizado por el departamento de Asesoría Técnica Parlamentaria de la BCN. En este documento, se establece que el formato de campaña publicitaria que se utilizó entre los años 2010 y 2018 impide cumplir con el objetivo de mantener la alerta social y la percepción de riesgo respecto del VIH/SIDA.

Además, resulta muy perjudicial tanto para las campañas comunicacionales como para la instalación de la problemática a nivel nacional, la construcción de estereotipos que profundizan la estigmatización al VIH/SIDA. Los datos empíricos nos indican que toda la población está en riesgo de contraer VIH/SIDA, por tanto la estigmatización de migrantes, diversidad sexual y otros grupos, sólo contribuyen a la desinformación y disminución de la percepción de riesgo, ya que se asocia el virus a estos estereotipos. Precizando el lenguaje, urge avanzar desde la lógica de poblaciones de riesgo a poblaciones clave para de esa forma, desestigmatizar el virus.

Finalmente, la evaluación realizada por la Red Democracia y Sexualidad (DEMISEX) en torno a los objetivos de la Declaración Ministerial *“Prevenir con Educación”* planteaba que entre las principales falencias para alcanzar dichas metas internacionales, estaban en la no implementación de campañas públicas de alto impacto sobre VIH/SIDA para capacitar y sensibilizar a madres y padres de familia respecto a la prevención de VIH y sobre una educación integral en sexualidad.

TERCER COMPONENTE: Vínculo con organizaciones sociales

La participación de organizaciones de la sociedad civil en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de la política pública de VIH/SIDA en nuestro país, tuvo una relevancia fundamental durante la década del '90 e inicio del 2000. Con la aprobación de la Ley SIDA se establecieron mecanismos de participación activa de las organizaciones sociales y la propia CONASIDA se sostenía en gran medida en el trabajo realizado por ellos.

El punto cúlspide de la relación entre el Estado y la organizaciones de la sociedad civil en torno al VIH/SIDA se da en el año 2003, en donde nuestro país postula a un financiamiento por parte del Fondo Global para la lucha contra el Sida a través de un comité país formado por CONASIDA, la Universidad de Chile y otras organizaciones sociales, cuyo proyecto fue aceptado con la adjudicación de 39 millones de dólares para implementar políticas de prevención del VIH/SIDA para el período 2003-2008.

Es durante este período que se vivió un ciclo virtuoso en la relación entre el Estado y las organizaciones sociales. Durante los años en que estuvo el financiamiento del Fondo Global, se diseñaron las políticas de prevención, en particular las campañas, en conjunto con organizaciones sociales como ASOSIDA, Vivo Positivo, entre otras, además de generar una coordinación intersectorial con otros organismos como INJUV, SERNAM e incluso el MINEDUC.

Durante el periodo que va entre el año 2010 y 2018, podemos afirmar en base a los antecedentes expuestos a lo largo del trabajo de la Comisión, que debería existir un esfuerzo adicional por parte del Ministerio de Salud con sus distintos titulares, por incluir a las organizaciones de la sociedad civil en el diseño, ejecución o evaluación de las políticas públicas relacionadas con la prevención, diagnóstico, tratamiento y control del VIH/SIDA. Si bien, se ha dado cuenta del levantamiento de algunas mesas de trabajo e incluso jornadas de seminarios, se debe fortalecer una relación constante y de permanencia en el tiempo con los diversos actores sociales vinculados al tema.

Cuarto Componente: Nuevas estrategias de prevención

La experiencia comparada sobre cómo otros países han enfrentado la problemática del VIH/SIDA, nos muestra que existe una variedad de medidas y estrategias que se pueden abordar en torno a la prevención y tratamiento del virus. En ese contexto, y en virtud del grave aumento que ha experimentado nuestro país de nuevos casos registrados de VIH/SIDA, es que se hace ineludible generar nuevas estrategias a la hora de asumir los desafíos que esta situación nos impone.

Como un intento de ello, el Ministerio de Salud presentó durante el año 2017 la **Estrategia Regional para avanzar en Prevención Combinada del VIH y abordaje de otras Infecciones de Transmisión Sexual**, en donde se da cuenta de que la estrategia de prevención combinada debía incluir actividades de educación, información, comunicación; distribución sistemática de condones, lubricantes; estrategias de reducción de daño; diagnóstico y tratamiento de las ITS; promoción y oferta de examen VIH; profilaxis post-exposición; profilaxis pre-exposición; acceso a TARV en las personas con VIH/SIDA, prevención, entre otros.

Entre los elementos de dicha Estrategia que se están implementando, podemos mencionar en primer lugar a la denominada Profilaxis Post-Exposición, fármaco que se suministra posterior a la exposición al virus. En países como Inglaterra, Estados Unidos, Australia, Canadá y España se ha implementado, y en Chile, a partir del Decreto N° 182 del MINSAL, publicado en enero de 2007, se establece que en los casos de violaciones y abusos sexuales, el profesional de salud que atiende a la víctima le hará una consejería en torno al VIH/SIDA, ofreciéndole posteriormente este tratamiento. Es fundamental la mantención de este tipo de medidas, sobretodo en casos extremos como lo es una violación o ataque sexual.

Luego, podemos hacer referencia al uso del denominado Profilaxis Pre Exposición (PreP); fármaco cuyo objetivo es prevenir la transmisión del VIH antes que la exposición al virus se produzca; usualmente se ingiere previamente a la relación sexual y permite a cualquier persona utilizarlo. El uso del PreP no es nuevo en nuestro país, sin embargo su implementación no ha sido nada fácil. Ello porque el alto costo económico asociado al PreP ha limitado bastante su acceso a la población general. Según indica el Ministerio de Salud, durante el segundo semestre de 2019 debería implementarse en el sistema público de salud. En base a la experiencia de otros países, la aplicación del PreP focalizada en poblaciones claves ha disminuido en un

50% las transmisiones de VIH, constituyéndose de esta forma en una estrategia de gran impacto.

Durante el desarrollo de esta Comisión Investigadora, varias de las ONG y especialistas que asistieron, plantearon la importancia de mejorar el acceso a **prevención combinada**: Preservativo, PrEP y PEP (tratamiento post), a través de un enfoque comunitario, con centros de salud sexual emplazados en la comunidad y a cargo de las ONGs que han estado trabajando los temas de VIH/SIDA con poblaciones vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres, población trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, jóvenes y mujeres).

Esta fórmula, desarrollada con un financiamiento basal desde el Estado, con horarios más extendidos que los sistemas de salud, y sobre todo a cargo de personas que tienen mayor cercanía con esta población, tiene un impacto real en disminuir el número de nuevos casos, como se ha demostrado en los ejemplos de Estados Unidos o España.

QUINTA CONSIDERACIÓN

LOS PROGRAMAS DE DIAGNÓSTICO DESPLEGADOS

El diagnóstico de las personas que viven con VIH/SIDA representa uno de los desafíos en los que nuestro país se encuentra más atrasado; de hecho, respecto al compromiso internacional de ONUSIDA más conocido como 90 90 90, Chile solo presenta un avance del 70% hasta la fecha (del primer noventa, relativo a que el 90% de las personas con VIH sean diagnosticadas). Se estima que en Chile son alrededor de 20 mil las personas a lo largo del territorio desconocen que viven con VIH/SIDA. Hemos detectado a lo largo de este trabajo que, existiría una profunda brecha de detección de la enfermedad, íntimamente ligada con las desigualdades existentes del acceso a la salud y a otros elementos obstaculizadores, a saber:

Como primer elemento, está la **Brecha de Diagnóstico entre hombres y mujeres**. Esto porque el enfoque de salud sexual reproductiva del Ministerio de Salud está dirigido hacia mujeres, y dado que estas están sometidas a frecuentes controles médicos de salud, especialmente en el área de fertilidad, suelen ser las mujeres precisamente las primeras en conocer su diagnóstico respecto a enfermedades de transmisión sexual, lo cual deja entrever una grave falencia de nuestro sistema de salud, ya que deja fuera de esta estrategia sistemática de detección a los hombres, población en que sabemos que está principalmente concentrado el virus (85% de los casos).

Algunos ejemplos planteados en la Comisión por distintos actores de la sociedad civil son las zonas aisladas, comunidades alejadas, aspectos culturales (migrantes), la cosmovisión (pueblos indígenas), los rígidos horarios de atención para estudiantes y trabajadores. Varias ONG plantean una segunda brecha, relativa al **rol pasivo de las políticas del Ministerio de Salud**. Este aspecto se materializaba en las pruebas de detección, toda vez que se espera que las personas se acerquen a los centros asistenciales principalmente, para practicar el examen; incumpliendo el rol activo que debiese tener el Estado en el proceso de pesquisa de la enfermedad. Frente a esta situación, el Ministerio de Salud expuso detalladamente las actividades preventivas y extramuros a través de la respuesta al oficio 003-2019 de esta Comisión.

Una tercera brecha, corresponde a la que se produce debido a las campañas de detección a través de Test Rápidos. Si bien, valoramos la puesta en marcha de nuevas técnicas diagnósticas a través de este instrumento, es preciso hacer notar que no deben terminar resultando en iniciativas aisladas y de poco impacto. La campaña lanzada por el Ministerio de Salud pretende adquirir 800 mil test, aplicando 200 mil cada año. En esta comisión se informó que a marzo de 2019, se han aplicado alrededor de 90 mil test desde el inicio de esta política pública. Para el adecuado desarrollo de la detección y el diagnóstico, se requiere coordinar con otras instancias institucionales y organizaciones de población focalizada que se pretende pesquisar. Cabe hacer notar que la mayoría de quienes se han hecho el test son mujeres, y hoy la prevalencia se encuentra en hombres que tienen sexo con hombres. Otro ejemplo visto en la misma comisión, dice relación con la campaña de verano⁹³ realizada este año del INJUV en colaboración con MINSAL, en la cual se aplicaron 10.249 test rápidos a jóvenes, de los cuales se obtuvo una prevalencia mucho menor de casos reactivos, en comparación a la prevalencia registrada a nivel nacional (0,59%).

Finalmente, se ha producido una importante **Brecha debido a la burocracia** relativa al proceso de realización del examen. Se deben eliminar las barreras previas al diagnóstico y potenciar la realización de test rápidos.

SEXTA CONSIDERACIÓN

EXISTENCIA DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

A la hora de abordar los programas de tratamiento del VIH/SIDA, es necesario reparar en algunos elementos relevantes. Por ejemplo, es importante optimizar el tiempo promedio que tarda el sistema de salud en darle tratamiento a una persona que ha sido diagnosticada con VIH/SIDA.

En este sentido, es importante hacer presente que las personas que viven con VIH/SIDA deben sortear una serie de obstáculos que son inherentes a la forma en que está concebido nuestro sistema público de salud. En primer lugar debemos destacar que existe una limitación importante respecto al acceso, lo cual puede ser determinante en esta crisis sanitaria, y que se traduce en la lentitud y burocracia a las que son sometidos los pacientes para acceder a una atención que otorgue una respuesta bio-psicosocial a las personas con VIH y su entorno, con miras a asegurar su bienestar, protección y garantizar la continuidad de su cuidado, esto último es vital, ya que el VIH/SIDA, no es una cuestión meramente clínica, sino que es un tema social, económico, cultural y de políticas públicas.

Otra brecha se genera a partir de los algoritmos de diagnóstico, el cual muchas veces impacta en un tratamiento tardío de la enfermedad. Si bien, el ISP dispone un máximo de 15 días hábiles para la confirmación diagnóstica, la notificación posterior puede retardar mucho tiempo más. Es indispensable agilizar esos procesos. Así mismo, la normativa señala que frente a situaciones de enfermedad avanzada, se inicia tratamiento independiente de la confirmación.

Cabe destacar el rol que cumple FONASA a través de la garantía GES respecto a la cobertura y financiamiento a las prestaciones de salud que requieren las personas que viven con VIH, y que de otra forma no podrían acceder a los tratamientos antirretrovirales que necesitan. Sin embargo, es difícil obviar el hecho de

⁹³ Diciembre de 2018 a abril 2019.

que alrededor del 30% de las personas confirmadas con el virus desertan a dichos tratamientos debido a lo incompatible que resulta adherir a los periódicos controles médicos e ir en busca de los fármacos, y desarrollar una vida relativamente normal, teniendo en cuenta el estigma y discriminación a los que están sometidos, fundamentalmente en el trabajo y la familia.

Finalmente, existe una preocupación muy seria acerca de la capacidad de los centros de salud para lograr dar cobertura a todas las personas que se estima, estarían hoy viviendo con VIH/SIDA en Chile. Esta sería la **brecha de infraestructura de los servicios médicos**. En este último punto, es importante señalar que se han comprometido 10 Centros Especializados a lo largo del país y hasta ahora han entrado en funcionamiento 4, sumado a los 39 existentes, alcanzan un total de 43 centros a lo largo del país. Para disminuir esta brecha es importante así mismo contar con personal médico y de consejería, además de profesionales de infectología capacitados en materia de VIH/SIDA.

Otro aspecto fundamental, es la necesidad de disminuir los tiempos entre el diagnóstico y el inicio de TARV, y para eso, la incorporación del test rápido ha permitido simplificar el proceso, haciendo que la persona con un examen reactivo sea evaluada para confirmación e ingrese prontamente a tratamiento, ya que actualmente el acceso a TARV es universal, independiente de los CD4. Esto tiene un impacto beneficioso en la salud de las personas y la salud pública, como se plantea en el documento Directrices para la Estrategia Regional para Avanzar en Prevención Combinada del VIH, elaborado por el MINSAL en 2017.

Finalmente, aunque el actual Plan Nacional está centrado en la prevención combinada (prevención y atención) nos alerta el hecho que se sigue manteniendo altas tasas de mortalidad.

SÉPTIMA CONSIDERACIÓN

LAS TASAS DE MORTALIDAD DEL PERÍODO

En relación a la mortalidad por esta enfermedad, durante el período de 1990 a 2008 se registraron 6.494 defunciones por SIDA, siendo el 87,6% hombres. La tasa de mortalidad aumentó progresivamente hasta el año 2001, en que se observó la cifra más alta (3,5 por cada 100 mil habitantes). Posteriormente hubo una disminución progresiva que llegó a una tasa de 2,3 por cada 100 mil habitantes en el año 2008.

En el año 2010, en el marco de la **Estrategia Nacional de Salud 2011-2020** se fija como objetivo *“Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA”* generando metas en las tasas de mortalidad de 2,0 para el año 2010; 1,6 para el año 2015 y de 1,2 para el 2020. Sin embargo, para el año 2010 se registró una tasa de 2,5 por cada 100 mil habitantes (0,5 puntos superior a la meta) llegando el 2015 a 2,9 por cada 100 mil habitantes (1,7 por sobre la meta), con un peak en 2016 de una tasa de 3,1 por cada 100 mil habitantes.

Finalmente, a sólo un año de la fecha indicada para la meta de la tasa de 1,2 por cada 100 mil habitantes, la cifra del año 2018 llegó a 2,9 por cada 100 mil habitantes. Lo que refleja que los esfuerzos del Ministerio de Salud por disminuir las tasas de mortalidad han sido infructuosos y estamos lejos de cumplir las propias metas que el Estado se ha dado al 2020.

OCTAVA CONSIDERACIÓN

PRESUPUESTO Y GASTO PARA DESPLEGAR LAS POLÍTICAS DE VIH/SIDA

La política pública encargada de enfrentar el VIH/SIDA corresponde al denominado **Plan Nacional de VIH/SIDA e ITS**, el cual cuenta con varias *líneas estratégicas*. Cabe hacer presente que, de todo el presupuesto que se invierte anualmente para el combate contra el aumento y el control del VIH/SIDA, el 95% es destinado sólo a la línea estratégica de tratamiento de la enfermedad; debiendo cubrir con sólo con el 5% del presupuesto, los restantes estrategias tales como la Prevención, el Diagnóstico, la investigación científica, entre otras.

Una forma de abordar eficientemente la línea estratégica de Prevención, manifestada por la mayor parte de los expositores a la comisión, es a través de **campañas comunicacionales** de VIH/SIDA en los distintos medios de comunicación. El Ministerio de Salud entrega la información oficial de los montos destinados a estas campañas durante el periodo 2010-2019 en la respuesta al oficio 003-2019 de esta Comisión. Cabe destacar además, que durante el año 2014, la campaña no se realizó.

En términos generales, el presupuesto destinado para prevención ha sido muy bajo y sin grandes variaciones a lo largo de esta última década. Sólo por poner un ejemplo, el presupuesto destinado a **prevención** en la región Metropolitana es, según lo informado por Fernando Muñoz, representante de Vivo Positivo, \$5 (cinco pesos) per cápita, lo que no alcanzaría ni siquiera para comprar un preservativo. En este sentido, el Ministerio de Salud respondió que se han potenciado las herramientas de prevención y, específicamente, más que triplicado la compra de preservativos, pasando de 6 millones en 2017 a más de 21 millones en 2018.

Esta situación se ve reforzada en las observaciones presentadas por la misma DIPRES en el año 2010, cuando indica que las funciones de prevención, control y tratamiento de VIH SIDA se desarrollan en diferentes departamentos del Ministerio de Salud y organismos autónomos, y cada uno responde a glosas presupuestarias distintas.

Si bien, es importante mantener el adecuado financiamiento del tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA, es fundamental considerar las conclusiones mostradas por el informe de la DIPRES; donde se evidencia que las acciones preventivas son más baratas y eficientes (“más vale prevenir que curar”). Por tanto, es fundamental aumentar el presupuesto asignado a la prevención.

Por otro lado, el Decreto Supremo N° 3 del Ministerio de Salud considera al Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA, dentro de las Garantías Explícitas de Salud (GES). Por tanto, FONASA tiene la obligación de asegurar el **acceso y oportunidad en la atención** respecto de esta patología a sus respectivos beneficiarios y otorga protección financiera, cubriendo el 100% para todos los tramos FONASA. Lo anterior quiere decir, que al estar considerada dentro de las Garantías Explícitas de Salud, tanto Fonasa como las Isapres deben cubrir los controles, terapias y diagnósticos de cada paciente que vive con VIH/SIDA en Chile.

Las fuentes de financiamiento del Programa son de asignación específica (Subsecretaría de Salud Pública), así como también de aportes presupuestarios de otras instituciones sectoriales que, en particular, corresponden a las transferencias

provenientes de FONASA.

En esta línea, y de acuerdo a datos proporcionados en la Comisión Investigadora por el señor Marcelo Mosso, Director Nacional de FONASA, podemos observar un alza en los últimos diez años respecto de los gastos asociados a VIH/SIDA, equivalentes a un incremento de 418% al año 2018, respecto al gasto del año 2010. Dato que no puede considerarse aisladamente, sin tomar en cuenta el exponencial aumento de nuevos casos en nuestro país y por tanto, el incremento en la demanda en diagnóstico, tratamiento y control.

En materia de financiamiento, cabe destacar la adjudicación de cerca de 39 millones de dólares provenientes del Fondo Global para la lucha contra el SIDA, con el objeto de implementar políticas de prevención, de atención integral y de no discriminación del VIH/SIDA durante el período 2003-2008. Durante este período se vieron notorios cambios en relación a la epidemia, tales como la disminución sostenida entre el 2003 y el 2008 de la tasa de notificación de VIH/SIDA o el peak mínimo en 2008 de la tasa de mortalidad (2,3 por cada 100 mil habitantes).

Dicho presupuesto adicional, era administrado por el Consejo de Las Américas, sin embargo estos no fueron rendidos correctamente, provocando que este apoyo internacional esté suspendido hasta el día de hoy. En lo concreto esto significa que desde el 2008, la ejecución dependa exclusivamente de los recursos del Estado.

En definitiva, podemos ver una contradicción entre los montos de financiamiento que se tienen para prevención y diagnóstico, y las correspondientes cifras tanto de nuevos casos de VIH, como de personas fallecidas producto del SIDA.

CONCLUSIONES:

En función de lo expuesto durante todo el documento, esta comisión ha desprendido de su trabajo, adicional al mandato, una serie de iniciativas encaminadas a combatir el significativo aumento de las personas que viven con VIH/SIDA en nuestro país, proponiendo la creación y fortalecimiento de una Política Nacional, sustentada en programas de prevención, diagnóstico y tratamiento, donde el Estado de Chile asuma su responsabilidad constitucional, jurídica, pero también social y política sobre la salud sexual de quienes viven en nuestro país.

Al analizar los datos anteriores, es necesario preguntarnos ¿cómo fue que llegamos a esta situación como país? ¿Qué instituciones tienen responsabilidad en la situación actual? ¿Cuáles son las estrategias que se deben implementar intersectorialmente? ¿Con quiénes se deben construir estas estrategias? ¿Qué recursos se requieren y cómo debemos focalizarlos? ¿La actual normativa se ajusta a las necesidades actuales? ¿Será necesario un nuevo organismo coordinador?

1. Tanto en términos constitucionales como políticos, el órgano responsable del diseño y ejecución de la política en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA es el Ministerio de Salud. Por tanto, a través la revisión de los antecedentes recopilados por esta Comisión, llegamos a la conclusión que **la principal responsabilidad de la actual epidemia de VIH/SIDA es el Estado de Chile, a través de su Ministerio de Salud**, reflejado en todas las reparticiones que inciden en esta política (Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Instituto de Salud Pública, Servicios de Salud, DIPRECE, etc.).

Si hoy en día estamos ante esta situación, es precisamente por las ineficientes e ineficaces estrategias que se tomaron por parte del Estado durante la última década. En ese sentido, hacemos un análisis crítico tanto de las metas propuestas como de las estrategias para darles cumplimiento.

Durante el período 2010-2018 se fijaron principalmente dos objetivos: **disminuir la transmisión vertical** y **disminuir la mortalidad por el VIH/SIDA**. Esto provocó que la mayoría de esfuerzos y recursos se centraran en torno al control y tratamiento del virus, dejando en un segundo plano las estrategias de prevención. Recién con el Plan Nacional de VIH del año 2018, se pone como un objetivo la **“disminución de la transmisión a través de estrategias de prevención”**, sin que los resultados de este objetivo puedan ser aún medidos.

Las decisiones tomadas durante este período para afrontar el virus se vieron reflejadas en las deficientes campañas comunicacionales realizadas, la disminución en la percepción de riesgo, y la errada focalización en el diagnóstico que hizo que posteriormente tuviésemos aumentos explosivos en los nuevos casos durante los años 2017 y 2018. Una parte de ese aumento, puede ser explicado por la convocatoria a realizarse el examen impulsado en dichas campañas, además desde el 2013 se incluyó el examen diagnóstico entre las garantías GES, justamente para facilitar su realización.

2. No obstante, si bien la responsabilidad principal es del Ministerio de Salud, **es fundamental asignar también un importante grado de responsabilidad al Ministerio de Educación**, por su insuficiente labor en la prevención del VIH/SIDA y otras ITS a través del diseño y ejecución de una política de educación sexual integral, sin ceder a las presiones de grupos de interés y religiosos.

3. La paulatina descentralización de las facultades de **CONASIDA** a partir del año 2001 y que culminó en el año 2010 con su derogación definitiva, y reemplazo por el Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA se materializó en un nuevo mecanismo de coordinación, provocando un actuar sin la conexión suficiente entre los distintos actores y organismos involucrados en este proceso lo que terminó generando una política que no alcanza los niveles óptimos de eficiencia e impacto a través del tiempo.

Durante los años en que funcionó CONASIDA como organismo coordinador de la política nacional para el VIH/SIDA, ejecutó una estrategia en torno a los objetivos planteados para dicha época, principalmente en torno a instalar el tema del VIH/SIDA, logrando reconocimiento internacional debido a su modelo de gestión y programa desarrollado. Llama la atención que el proceso de descentralización de sus funciones hasta su posterior derogación en el año 2010, coincida con el aumento sostenido del diagnóstico de nuevos casos de VIH/SIDA en nuestro país.

De esta forma concluimos que uno de los factores de la actual crisis, podría ser, la ausencia de un organismo coordinador centralizado que elabore la política nacional para afrontar esta epidemia.

4. Por otra parte, la adjudicación de financiamiento por parte del **Fondo Global para la lucha contra el SIDA** entre los años 2003 y 2008, que si bien generó buenos resultados, hizo que el Estado descansara en estos recursos sin que implementase nuevas estrategias de financiamiento. Por tanto, al retirarse el Fondo Global en 2008 y desaparecer definitivamente CONASIDA en 2010, se dio paso a

que, durante el período 2010-2018, la política fuera llevada a cabo desde **el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA** y sin apoyo de fondos internacionales, es llamativo que en dicho período, precisamente, hayan aumentado las cifras de personas viviendo con VIH/SIDA.

5. Durante el período 2010-2018 se tuvo una baja sostenida en los presupuestos destinados a la política de VIH/SIDA, destinando además **cerca del 95%** de dicho presupuesto sólo al **tratamiento** de la enfermedad, cubriendo con el **5% restante** las áreas de **prevención, diagnóstico o investigación científica**. Es fundamental que presupuestariamente se asignen todos los fondos públicos que sean necesarios para la lucha contra la crisis que estamos viviendo.

6. Desde el punto de vista normativo, si bien tanto las garantías constitucionales y las demás normas pertinentes, proclaman proteger a las personas en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA, hemos podido observar, fundamentalmente en la Ley Sida, ciertos vacíos e incumplimientos que nos dan cuenta de la urgente necesidad de actualizar nuestra legislación.

En lo que respecta al período 2010-2018, se ha dado cuenta de la introducción de cambios legislativos relativos, principalmente, a la forma de realizar las pruebas de detección del virus a menores de edad con el objeto de facilitar el acceso de éste. Así mismo, la norma que declara obligatorio el control de esta enfermedad en mujeres gestantes ha sido determinante en la disminución de las cifras de transmisión vertical. Finalmente si bien la Ley de Fertilidad podría representar un avance importante, y tal vez el esfuerzo más cercano hacia una educación sexual en nuestro sistema, su limitado reglamento acota el ámbito de aplicación de esta ley, perdiendo el sentido original.

Sin duda, dichas normas han sido trascendentales para avanzar en la prevención y el control del VIH/SIDA en nuestro país, pero están descontextualizadas a los tiempos actuales en los que se requiere una respuesta expedita de parte del Estado, propendiendo al respeto de los Derechos Humanos y el fin de todas las formas de discriminación hacia las personas que viven con este virus; que cree mecanismos que garanticen tanto la implementación de políticas públicas tendientes a la educación acerca del VIH, que permitan en la práctica el tratamiento oportuno y, que fomente realmente la participación de las organizaciones de la sociedad civil y la sociedad científica.

RECOMENDACIONES:

1. Es fundamental el diseño de una **Política de Estado** que además del enfoque en control y tratamiento, desarrolle **Estrategias Combinadas** que consideren la implementación del PrEP y PEP, entre otras, y que sobretodo, centre sus esfuerzos en la **Prevención del virus**, ya sea con **campañas comunicacionales constantes**, sin estigmatizaciones ni estereotipo y que aporten a una educación sexual integral. Además, que incentive la investigación científica y dote de una estructura robusta de vigilancia epidemiológica, y con un rol del Instituto de Salud Pública que, aunque centralizado, sea capaz de dar respuestas rápidas y eficientes a las demandas regionales.

2. Cualquier estrategia que se diseñe y desarrolle desde el Estado no tendrá los mismos efectos si no se considera **una participación comunitaria**. Las organizaciones comunitarias, sociales, ONG y personas que viven con el VIH

disponen del conocimiento y la experiencia que el Estado necesita para elaborar respuestas eficientes y eficaces, y, por tanto, el Estado debiese asegurar que dichos saberes de las organizaciones se tomen en consideración a la hora de elaborar los planes y programas y la evaluación en materia del VIH/SIDA.

Es necesario que se establezcan **mecanismos formales y estables** para el diálogo continuo con los representantes de la comunidad y su aporte a la elaboración de las políticas y los programas relacionados con el VIH/SIDA, y tal como plantea la Segunda Directriz de ONUSIDA sobre el VIH y los Derechos Humanos, esta vinculación debe ser reforzada mediante apoyo tanto político como financiero.

3. Es fundamental asegurar los **financiamientos basales permanentes** para la prevención, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA.

4. Creemos fundamental la **creación y establecimiento de un nuevo organismo coordinador interministerial** (CONASIDA 2) que garantice el diseño, aplicación y evaluación de una nueva Estrategia Nacional de Prevención, Diagnóstico, Control y Tratamiento del VIH/SIDA para nuestro país, tanto en la atención pública como en la privada. Dicho organismo debe ejercer una coordinación interministerial y tener una profunda vinculación con las organizaciones comunitarias, ONG, expertos, servicios públicos e instancias regionales y locales. Garantizando además, la ejecución integrada y la coordinación a nivel superior de los planes nacionales de acción de cada ministerio.

5. Bases para **una política de salud sexual integral para Chile**. Al momento de pensar una política de salud sexual integral en nuestro país, es necesario que se haga desde ciertos enfoques y contenidos mínimos que se debieran considerar ante la compleja situación en la que nos encontramos en relación al VIH/SIDA.

En primer lugar, debe tener un **enfoque sanitario**, es decir, debe primar siempre la salud de las personas y los problemas de salud pública por sobre los elementos valóricos, morales o éticos. Debemos generar una política alejada de prejuicios y que aborde directamente el tema.

En segundo lugar, se debe asumir que es responsabilidad del Estado la protección, el respeto, la garantía y promoción de derechos fundamentales como el acceso a la salud, y que cuando el Estado está ausente siempre repercute en la vulneración de los derechos de alguien. Por esta razón debemos asumir un **enfoque de derechos humanos** en donde prime su protección por sobre cualquier motivo, proceso o contexto en que se dé.

En tercer lugar, se debe estar consciente de los roles de género que existen en nuestra sociedad, en donde generalmente son las mujeres quienes son asociadas con la responsabilidad de asumir los resguardos preventivos en materia de sexualidad, dejando de lado un **enfoque feminista** en que existe una corresponsabilidad sexual entre hombres y mujeres, garantizando derechos sexuales y reproductivos, y asegurando una salud sexual con una mirada integral.

Finalmente, es necesario que exista un **enfoque de diversidad e identidad de género** asumiendo que existen diversas formas de vivir la sexualidad, a través de diversas identidades y expresiones de género, y es deber del Estado brindar a cada persona la oportunidad de proyectarse libremente, asegurando el

diseño e implementación de una política integral de salud sexual que proteja el derecho de cada persona de vivir una sexualidad plena, garantizando los derechos sexuales y reproductivos.

6. Propuestas Legislativas y Políticas.

Finalmente, con el fin de colaborar desde esta Comisión Investigadora a la lucha contra el VIH/SIDA, es que proponemos las siguientes iniciativas legislativas y políticas:

1. Reformar la ley N° 19.779, que establece normas relativas al VIH, con el objetivo de actualizarla a las necesidades propias de la realidad chilena, fundamentalmente en lo que respecta a obligaciones del Estado en esta materia, las políticas de prevención, los incentivos a la investigación y de detección y diagnóstico del VIH a través del examen.

2. Reformar la ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, con la finalidad de incorporar un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, elaborando así una política de educación sexual integral que pueda ser aplicable a todos los establecimientos educacionales.

3. Implementar el reglamento de la ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, sustentado en el artículo 1° que indica que *“Toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial.”*

En este punto se acordó por unanimidad anteponer al inicio la expresión “Modificar”, a propuesta del diputado señor Juan Luis Castro.

4. Modificar el Decreto con Fuerza de Ley que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 20.370 con las normas no derogadas del Decreto con Fuerza de ley N° 1, de 2005, sobre la ley General de Educación, para incorporar la educación sexual integral como principio rector en relación a la educación que imparten los establecimientos educacionales.

5. Creación, a través de una ley, de un organismo coordinador interministerial y con una profunda vinculación con las organizaciones comunitarias, ONG, expertos, servicios públicos e instancias regionales y locales, que garantice el diseño, aplicación y evaluación de una nueva Estrategia Nacional de Prevención, Diagnóstico, Control y Tratamiento del VIH/SIDA.

6. Modificación de la forma en que está concebida la asignación presupuestaria para fortalecer el Plan Nacional de VIH/SIDA y control de ITS, con el objeto que éste, sea asignado de manera centralizada en un solo órgano para una administración estratégica y coordinada de los recursos.

7. En ese mismo sentido, respecto a los recursos destinados al VIH/SIDA, proponemos que los esfuerzos estén centrados con mayor fuerza en líneas estratégicas de prevención combinada y con especial énfasis en la participación de organizaciones de la sociedad civil.

8. Desplegar campañas de pesquisa focalizadas en poblaciones clave, para de esta forma dar cumplimiento al compromiso 90-90-90 respecto al diagnóstico.

9. Generar campañas comunicacionales permanentes durante todo el año y no intermitentes y focalizada en las poblaciones claves.

En este punto y a solicitud del diputado Juan Luis Castro se acordó por unanimidad incluir los siguientes párrafos:

“En cuanto al test rápido de VIH y autotest, el MINSAL debe ser aún más proactivo en su utilización y promoción, especialmente respecto de la población clave para la cual se propone y recomienda.

Presencia de la autoridad sanitaria en los lugares que cuenten con concurrencia masiva de jóvenes, tales como establecimientos educacionales, recintos deportivos, eventos artísticos, etc.

Autorización para su venta en farmacia y en almacenes farmacéuticos.”.

10. Creación del Día Nacional del VIH/SIDA, el 23 de junio en conmemoración de la muerte del dirigente Sigifredo Barra, con el objeto de concientizar a la población acerca de esta enfermedad.

11. Fortalecer la evaluación del Plan Nacional de VIH/SIDA y facilitar el acceso público a dicha información.

La diputada Marcela Hernando solicitó incorporar la siguiente recomendación: “Remitir cada seis meses a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados la información sobre el progreso de las Estrategias y Plan nacional del VIH/SIDA, así como sobre las recomendaciones aquí descritas.”.

Sometida a votación la propuesta fue aprobada por la unanimidad de los diputados y las diputadas presentes.

VI.- VOTACIÓN Y ACUERDOS

En la misma sesión celebrada el 10 de julio pasado, se acordó votarla en bloque y presentar un informe de consenso. Así puestas en votación con las correcciones introducidas fueron aprobadas en un solo acto y por unanimidad con los votos de los diputados (as) señores (as) Claudia Mix Jiménez (Presidenta); Jaime Bellolio Avaria; Juan Luís Castro González; Ricardo Celis Araya; Andrés Celis Montt; Jorge Durán Espinoza; Sergio Gahona Salazar; Marcela Hernando Pérez; Erika Olivera de la Fuente; Patricio Rosas Barrientos; Víctor Torres Jeldes, Virginia Troncoso Hellman, y Camila Vallejo Dowling.

De igual modo se acordó por unanimidad por ser técnicamente más preciso entrecomillar en este informe las siguientes expresiones “población expuesta”, “población de riesgo”, “población contaminada”, “población afectada”, “población especialmente vulnerable”, “población específica afectada”, “población que tiene prácticas sexuales de riesgo”, “población vulnerable”, “contagio”, “infección”, “portadoras”, “contagiados”, “contaminados”, “infectados”, “personas infectadas” y “población afectada”, de tal suerte que deben entenderse tales referencia formuladas a la “población clave”.

En consecuencia, el texto de las conclusiones y proposiciones APROBADAS por esta Comisión Especial Investigadora es el siguiente:

“Durante el trabajo de la Comisión Investigadora, se han recopilado diversos antecedentes por medio de oficios a servicios públicos, y de las exposiciones de autoridades, expertos y de una amplia gama de actores de la sociedad civil. Dichos antecedentes dicen relación tanto con la vigilancia epidemiológica y estudios científicos vinculados al VIH-SIDA, como también, en lo que a prevención, diagnóstico y tratamiento del virus respecta, y a través de las cuales se observó la actual estrategia desarrollada y la institucionalidad encargada de desplegar el Plan Nacional. Asimismo se tuvieron a la vista otros factores que han sido determinantes en el grave aumento de casos en la última década, escenario sanitario actual que perfectamente califica para ser denominado como “epidemia”.

En ese mismo sentido, la Comisión analizó con especial énfasis las materias relativas a la educación sexual y reproductiva, que debiera tener por objeto la prevención de la transmisión de este virus y demás ETS, tanto dentro como fuera del aula. Identificándose transversalmente este aspecto como una de las principales falencias en las estrategias de implementación de la política.

De esta manera se han reunido antecedentes suficientes para identificar las responsabilidades políticas de quienes tenían a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en relación al VIH/SIDA, consignada en la normativa actual. Además, hemos recopilado un conjunto de observaciones y/o proposiciones al sistema de Detección, Diagnóstico, Control y Tratamiento que permitan llevar adelante las propuestas presupuestarias, legislativas y las modificaciones administrativas pertinentes para corregir esta ineficaz política pública.

I. CONSIDERACIONES:

PRIMERA CONSIDERACIÓN

EVOLUCIÓN DEL VIH/SIDA EN NUESTRO PAÍS

“La portada del diario *Las Últimas Noticias* del 23 de agosto de 1984, (...) tituló: ‘Murió paciente de la enfermedad rara’. Mientras *La Tercera* titulaba ‘Murió paciente del cáncer gay chileno’⁹⁴. De esta estigmatizante forma los chilenos y chilenas nos enteramos de la primera muerte a causa de VIH/SIDA en nuestro país, alimentándose ya en aquella época, múltiples prejuicios respecto a esta enfermedad, los cuales perduran hasta nuestros días.

No fue sino hasta el año 1987 que es dictado el Decreto N° 466; cuyo propósito fue implementar una serie de medidas tendientes a minimizar los efectos y el impacto del VIH en Chile a través del Ministerio de Salud.

En 1990 es creada la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, como el órgano técnico, permanente y encargado de la coordinación intersectorial del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, y que en términos generales, ejecutaba las funciones que el Decreto N° 466 asigna al MINSAL. Debido a su modelo de gestión, al programa desarrollado y a la correspondencia con

⁹⁴ SIDA en Chile, Donoso y Robles, 2015.

estructuras similares en otros países, CONASIDA obtuvo reconocimiento internacional⁹⁵.

Un cambio en el año 2000 respecto a la administración del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, lo pone a cargo de la División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE, dependiente de la Subsecretaría de Salud. A partir de aquel año se logra observar una institucionalidad fragmentada y sin mecanismos permanentes de coordinación.

Por otro lado, la realidad epidemiológica que se ha registrado en Chile ha sido variable. Desde los primeros casos detectados en 1984 y hasta el año 2012 se habían notificado 29.092 casos de VIH/SIDA. El análisis de la tendencia temporal de la tasa de notificación de VIH muestra un aumento sostenido hasta el año 2003, posteriormente se inicia un leve descenso hasta el año 2008, año en que vuelven a aumentar las tasas. En términos de casos diagnosticados por el ISP, se observa una tendencia creciente, teniendo peaks en el año 2011 (3.159 casos), 2013 (4.014 casos), 2017 (5.816 casos) y 2018 (6.948 casos). La mayoría de los notificados, el 89.2% correspondían a hombres (con predominio de hombres homo/bisexuales) y la principal vía de transmisión era la sexual (93.5%).

De acuerdo al último reporte de ONUSIDA, Chile ha experimentado un aumento exponencial de nuevos casos del virus VIH/SIDA desde los últimos 10 años hasta la fecha. Esta situación es del todo preocupante y posiciona a Chile entre los diez países con mayor aumento del virus a nivel global, lo que es aún más grave cuando la tendencia mundial es a la disminución de la transmisión.

Según datos otorgados por el organismo internacional, sólo entre los años 2010 y 2017 se estima que el incremento de personas viviendo con VIH en Chile fue de un 50%, identificándose a los jóvenes de entre 15 y 29 años como aquel segmento de la población más afectada, concentrándose en este grupo etario el 96% de los nuevos casos.

Una agravante a la situación que vive el país en esta materia es que alrededor de veinticinco mil personas ignoran que actualmente viven con VIH. Tal es la magnitud del problema que, el 31% de las personas notificadas se encuentran en etapa SIDA, ubicando al país en la actual crisis sanitaria y de salud pública.

Los últimos datos entregados desde el Ministerio de Salud, extraídos de la plataforma Spectrum -herramienta utilizada por ONUSIDA para su labor-, indican que **en Chile existiría un número total de personas viviendo con VIH de 67 mil. Así mismo, de 36.257 personas con carga viral suprimida al año 2017.**

SEGUNDA CONSIDERACIÓN

CHILE CUENTA CON UN MARCO JURÍDICO RELACIONADO AL VIH

Como primera norma, nuestra Constitución Política, asegura a todas las personas, en el capítulo de garantías, el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, y el derecho a la protección de la salud; respecto a esto último, y entre otras cosas, el **Estado se obliga a proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.**

⁹⁵ DIPRES, 2000.

Por otro lado, el **Código Sanitario** de 1967, es la norma encargada de regular todas las materias relacionadas con la salud pública del país y de sus habitantes, cuyo ámbito de aplicación corresponde a todas las cuestiones relacionadas con el fomento, la protección y recuperación de la salud de todos los habitantes de la República. En esa línea, este Código destina todo un Libro a la protección y promoción de la salud, el cual, entre otras, trata las enfermedades transmisibles; destinando un párrafo a las enfermedades venéreas. En este sentido, el artículo 38 dispone que es el **Servicio Nacional de Salud**⁹⁶ el órgano encargado de este tipo de enfermedades con el objetivo siempre de evitar su propagación por todos los medios educacionales y preventivos necesarios. La forma en que debe realizarse la educación sexual y antivenérea consta en un reglamento, el que además describe las enfermedades venéreas respecto de las cuales será obligatoria la notificación al Servicio Nacional de Salud. Es más, a través de este mismo Servicio, se deben desplegar acciones educativas tendientes a concientizar a la comunidad de los problemas de salud y estimular su participación activa en la solución de ellos.

En lo que a VIH/SIDA específicamente se refiere, cabe hacer presente que el año 1987 es dictado el Decreto N° 466 por recomendación de la OMS, cuyo objeto es implementar *un programa para la prevención, vigilancia, notificación y control de esta enfermedad, que incluya la educación* tanto al personal de Salud como a la comunidad en general/nacional a través de normas, procedimientos y actividades tendientes a minimizar sus efectos y su impacto epidemiológico. En consecuencia, el decreto le asigna al Ministerio de Salud la responsabilidad del diseño y la ejecución de dichos programas; de los cuales participarán así mismo, los Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile, los establecimientos y entidades de Salud adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud⁹⁷.

Ahora bien, recién el año 2001 entra en vigencia una norma que se ocupa de forma exclusiva de la enfermedad: la ley N° 19.779, más conocida como Ley Sida que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea una bonificación fiscal para enfermedades catastróficas; además establece garantías, derechos, deberes y obligaciones de instituciones públicas del Estado de Chile, particularmente al Ministerio de Salud, en materia de prevención. Dicha ley, en conjunto con varios reglamentos, protocolos, dictámenes y circulares sirven de fundamento a las políticas, programas y acciones que se llevan a cabo en materia de salud relacionadas al VIH/SIDA.

Los artículos 1° y 2° de esta normativa señalan que es responsabilidad del Estado, principalmente a través del Ministerio de Salud, elaborar y ejecutar políticas públicas, cuyos ejes son por un lado, impedir y controlar la expansión de la epidemia; y por otro, disminuir el impacto de ésta en la población. Para el desarrollo de dichas políticas es menester tener en especial consideración aquellos avances alcanzados en investigación científica relativos a la materia, y tener en cuenta la realidad epidemiológica nacional, con el propósito de desplegar políticas específicas para cada población clave. De ahí que esta ley dispone medidas relacionadas con la prevención, el diagnóstico, la investigación y atención en salud. Particularmente el artículo 3° señala que el Estado debe arbitrar las acciones necesarias para informar a la población acerca del virus a través de programas públicos, con énfasis en las vías de transmisión y de las medidas eficaces de prevención del virus. De igual forma, la norma prescribe que el Estado debe advertir

⁹⁶ Servicio descentralizado en 1979 y que dio paso a FONASA, ISP, CENABAST y Sistema Nacional de Servicio de Salud.

⁹⁷ Artículo 5 del Decreto Ley N° 466 de 1987.

acerca del tratamiento y las consecuencias de la enfermedad, haciendo hincapié en **las campañas de prevención. Agrega asimismo, que el Estado promoverá la investigación científica del virus** con miras a ejecutar políticas públicas y privadas dirigidas a su prevención, tratamiento y cura, dando cuenta de las vías de transmisión, las características del virus, su evolución y finalmente sus efectos. En el marco de las políticas públicas que promueva el Estado, **“debe velar por la atención a los portadores o enfermos de VIH/SIDA”**.

Dentro de los principios en lo que se apoya esta ley encontramos: 1) *De Confidencialidad*, el cual se le informará a través de la consejería que deben recibir las personas que se sometan al examen y se materializa al momento de tomar el examen⁹⁸ y al entregar el resultado de éste; 2) *De Voluntariedad*, que se manifiesta en el consentimiento escrito, no pudiendo obligarse a nadie a practicarse el test. Sin embargo, excepcionalmente en caso de donación de sangre u órganos, tejidos, plasmas y en el control prenatal de mujeres embarazadas, el examen siempre será aplicado⁹⁹; 3) *De Información*, el que también se concreta en el instante de los resultados del examen, y; 4) *De No Discriminación*, que dice relación con la no discriminación en el trabajo, en los establecimientos educacionales y centros de salud, sean públicos o privados.

Estas directrices permean toda la regulación en la materia, estableciéndose sanciones en caso de su inobservancia.

Por otra parte, desde la ley N° 19.966, que establece un régimen de Garantías en Salud, y en especial, del Decreto N° 228, de 2005, del Ministerio de Salud, es que se incluye al VIH/SIDA dentro del régimen de Garantías Explícitas de Salud, GES, que amplió la cobertura de FONASA para el tratamiento a dicha enfermedad; solucionado así, la problemática que significaba para el paciente y su familia, asumir el alto costo de estos fármacos, los que hasta esa fecha no eran cubiertos por el sistema privado de salud.

Durante el 2018, y en virtud de las importantes cifras observadas, es que se levanta una estrategia enfocada en la detección de nuevos casos; es así como a través de la Resolución Exenta N° 1380 y su modificación ese mismo año, a través de la Resolución Exenta N° 1427, actualmente vigente, del Ministerio de Salud, se aprueban las Directrices para una detección más expedita del VIH a través del test visual /rápido en acciones intra y extramuros.

TERCERA CONSIDERACIÓN

CHILE CUENTA CON UNA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA

Hasta el año 2000 la **Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA)**, era la instancia permanente e intersectorial y organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación de los programas. Estaba presidida por el Subsecretario de Salud y era la encargada de proponer al Ministerio de Salud las medidas técnicas, jurídicas y administrativas necesarias para una mejor prevención, vigilancia, pesquisa y control de la enfermedad, así como también ejercer el rol dentro del sistema público, coordinando el programa con otros sectores, instituciones y organizaciones a través del trabajo en redes, tales como otros

⁹⁸ Resolución Exenta N° 371 de 2001.

⁹⁹ Decreto N° 182 de 2005.

ministerios, sus respectivas seremías, servicios públicos y de salud, organizaciones no gubernamentales y organizaciones sociales.

Ahora, la evaluación realizada por la Dirección de Presupuestos el año 2000, plantea que durante la década de los 90 se logró el objetivo de instalar el tema de VIH/SIDA, principalmente a través de las campañas públicas que tenían carácter anual. La última campaña de este tipo fue el año 1997, por lo que la DIPRES recomendó -a fin de mantener la alerta social- continuar con las campañas comunicacionales de carácter anual.

Durante el siguiente período, si bien sigue existiendo CONASIDA como institución, se descentralizan sus facultades, optando por una estructura organizacional fragmentada, no vinculada a una única institución y sin mecanismos de coordinación permanentes, obstaculizando el buen desempeño de la política pública, lo que queda consignado en la segunda evaluación de la Dirección General de Presupuesto.

Es precisamente en el año 2010 que el Ministerio de Salud crea el **Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**, derogando CONASIDA que aún se mantenía legalmente. El nuevo departamento dependía de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) dependiente, a su vez, de la Subsecretaría de Salud Pública.

Ahora bien, durante el período 2010-2018, abordado por el mandato de esta Comisión Investigadora, no existen Informes de Evaluación elaborados por la DIPRES, además, no existe información consolidada de las características y funcionamiento del programa articulado entre los años 2010-2014 y 2014-2018, ya sea en base a sus componentes, sus programas asociados, ni las poblaciones objetivo consideradas.

Si bien, en esta Comisión no se presentaron antecedentes de evaluación del PROGRAMA, existió a partir del año 2012 una evaluación de MIDEPLAN (inicialmente), y luego del Ministerio de Desarrollo Social, inclusive hasta el año 2018, cuando se realizó evaluación ex ante al Programa, antecedentes que serán solicitados vía oficio.

Aunque, el Director de Gestión Pública de Acción Gay, Marco Becerra Silva, señaló la ausencia de un Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH, desde el Ministerio de Salud informan que existió un Plan Estratégico Nacional para los años 2012-2016, y los años siguientes se siguió la metodología del Ministerio de Salud de Planificación Operativa Anual (POA), en el marco de la Estrategia Nacional de Salud.

El cambio de estrategias, y la consiguiente generación de programas que quedaban al arbitrio de la mirada de cada titular del Ministerio de Salud, se debieron principalmente a la reestructuración a rango de Departamento de lo que anteriormente había sido CONASIDA.

Cabe mencionar sin embargo, que durante el período 2010-2014 se trazaron dos principales objetivos: la disminución de la transmisión vertical al 2% o menos, y la disminución en la mortalidad por el VIH/SIDA. Para el período siguiente (2014-2018) se mantuvieron dichos objetivos, y además, a través de la Circular N° 7, del 4 de agosto de 2017, del Ministerio de Salud, se instruyó la facilitación en el acceso

al examen para el diagnóstico del virus (Test de Elisa).

Es a través de esta instrucción que se logran diagnosticar 5.816 casos nuevos en 2017, lo que comparado con los 4.927 del año 2016, nos entrega un aumento de alrededor de 900 casos en sólo un año, dando la primera señal de alerta sobre el aumento exponencial que comenzábamos a tener.

Ante este grave aumento en las cifras, el Ministerio de Salud presentó a mediados del año 2017 una planificación para ser ejecutada entre diciembre de 2017 y abril de 2018 para enfrentar este complejo escenario. Entre otros compromisos, dicha planificación buscaba además de incorporar a los nuevos casos diagnosticados al tratamiento, la dispensación de preservativos, la implementación de test rápidos y la actualización de ciertas guías y reglamentos. Sin embargo, no existe información concreta de que dicha planificación se haya ejecutado.

Con la llegada del Exministro de Salud, Emilio Santelices, se presenta un nuevo Plan Nacional de VIH cuyos objetivos son, por una parte *“disminuir la transmisión del VIH e ITS, a través de estrategias de prevención”*, y por otra, *“reducir la morbi-mortalidad por VIH/SIDA e ITS, facilitando el acceso oportuno a diagnóstico, control y tratamiento”*.

Cabe señalar, que en su exposición, el Exministro Santelices, no dio cuenta de las evaluaciones existentes de la ejecución del Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA durante los últimos diez años.

CUARTA CONSIDERACIÓN

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DESPLEGADAS EN EL PERÍODO Y EDUCACIÓN SEXUAL

Durante todo el desarrollo de la Comisión Especial Investigadora sobre la actuación del Ministerio de Salud y demás organismos públicos competentes en relación a crisis en el tratamiento del VIH/SIDA, se ha hecho un análisis crítico de los programas y acciones relacionadas tanto con prevención y educación sexual en el país, vinculando directamente esto con el progresivo aumento de los casos de personas que viven con VIH/SIDA en los últimos 10 años.

Resulta muy importante mencionar, que las políticas preventivas sobre VIH/SIDA han demostrado, a través de la experiencia comparada con otros países, ser determinantes en la lucha contra la transmisión de este virus y demás ITS. Más aún, si ellas son coordinadas con otros sectores del aparato público y con organizaciones sociales; verificando de este modo un efecto multiplicador en la sociedad, que a mediano y largo plazo reporta un menor costo y mayor eficiencia, todavía más, si las comparamos con las estrategias usadas actualmente, que están mayormente enfocadas cuando el virus ya se adquirió, a través de la aplicación del Tratamiento Anti-Retroviral (TAR).

La Doctora Valeria Stuardo expresa que no se han desplegado políticas efectivas enfocadas en la prevención primaria ni secundaria de forma coordinada intersectorialmente; menos aún se han abordado dimensiones tales como el género, la interculturalidad o la edad. En contraste, el Ministerio de Salud, a través de la respuesta al oficio 003-2019 de esta Comisión, dio cuenta de las actividades desarrolladas relativas a estos puntos entre el 2010-2018.

Se debe avanzar en dejar de entender a la prevención como una respuesta exclusivamente biomédica, por ejemplo, a través, principalmente de la entrega de preservativos. Hay que considerar seriamente el despliegue de otras estrategias de prevención, tales como la educación sexual integral, que tenga por objetivo entregar orientaciones para vivir una vida sexual plena y saludable, y/o campañas comunicacionales permanentes y dirigidas a las distintas poblaciones claves, sin que en éstas exista una intromisión de los sectores conservadores y religiosos.

Al mismo tiempo, situaciones como la no realización de campañas comunicacionales durante el 2014, se contradicen con las recomendaciones de organismos internacionales especializados. En su informe del año 2008 ONUSIDA, plantea la necesidad de generar “movimientos pro prevención” como una forma de sostener los avances alcanzados previo al año citado, con el objetivo de *“mantener una respuesta sólida de prevención”*, hecho que se sostiene en que *“los países donde las tasas de “infección” por VIH han disminuido sustancialmente, la movilización comunitaria para la prevención del VIH ha sido un elemento crítico del éxito”*.

Tanto expertos, como las organizaciones de la sociedad civil plantearon durante el desarrollo de esta Comisión Especial Investigadora, la necesidad de generar **estrategias combinadas** que consideren aspectos como la reducción del estigma y la discriminación, la generación de una cultura de la prevención y un abordaje con perspectiva de género, entre otros.

El Departamento del Programa Nacional de Prevención y Tratamiento de VIH/SIDA cuenta con ejes de trabajo en materia de prevención, reporta información oficial respecto de la ejecución de los mismos y el nivel de alcance que tuvieron, en la respuesta al oficio 003 de esta Comisión Investigadora.

En base al componente de “Prevención” del Programa Nacional de Prevención y Control de VIH e ITS, podemos dividir las acciones preventivas del Estado en cuatro aristas: educación sexual, campañas comunicacionales, vínculo con organizaciones sociales y nuevas estrategias de prevención.

a) Primer Componente: Programas de educación sexual

A modo de recuento, vale decir que de acuerdo al Decreto N° 466 de 1987, en su artículo 5°, se establece que es responsabilidad del Ministerio de Salud el diseño y la ejecución de los programas de educación para el personal de salud y la comunidad en general. En este mismo sentido, determina además, que corresponde al mismo Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación supervigilar el cumplimiento de dichos programas, dentro del ámbito de sus atribuciones. De estas líneas se desprende que corresponde a ambas Carteras velar por el cumplimiento de la política destinada a educación sexual.

Desde la dictación de dicho decreto, y hasta el año 1991 se produjo en Chile un vacío institucional en la materia, toda vez que recién en esa fecha se llamó por parte del Ministerio de Salud a un “Comité Consultivo para Propuestas en Educación Sexual”, instancia que reunió a múltiples actores tanto institucionales como de la sociedad civil. Sin embargo, debido a diferencias ideológicas, no se logró acordar un piso común, optando finalmente por descentralizar las decisiones y mantener la autonomía de cada establecimiento educacional priorizando la libertad de enseñanza, lo que contrasta con el derecho de las personas a informarse en

relación a su sexualidad.

Luego, a propósito de la participación de Chile en el año 1994 en la Conferencia de El Cairo, nuestro país se compromete a proteger, garantizar y promover el ejercicio de derechos en materia de salud sexual y reproductiva entre jóvenes; un año más tarde y pese a la resistencia de sectores conservadores de la clase política, las Iglesias y la sociedad en general, se desarrolla el primer plan piloto de las denominadas Jornadas de Conversaciones sobre Afectividad y Sexualidad, JOCAS, instancia que buscaba estimular con todos los integrantes de la comunidad educativa (profesores, estudiantes, funcionarios, padres y apoderados) el fortalecimiento de la autorreflexión para la toma de decisiones libres y responsables. Iniciativa que fue descartada el año 2000, debido al alto costo político que resultó la implementación de esta política pública a las autoridades de la época.

En los años siguientes, específicamente el 2005, el Ejecutivo impulsa el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad¹⁰⁰ que mantuvo la misma lógica, resguardando la autonomía de los establecimientos educacionales y sus proyectos educativos. En definitiva se constató la insuficiencia en la política del Ministerio de Educación debido a su bajo impacto e inexistentes logros de los objetivos esperados. No fue sino hasta el año 2009 que el Ministerio de Educación incorporó recién la afectividad y la sexualidad en los objetivos fundamentales y contenidos mínimos del Plan de Educación para los niveles básicos y medios. Sin embargo, en la Ley General de Educación no se establece la obligatoriedad de que los establecimientos educacionales cuenten con planes en esta materia.

Respecto a lo que dice relación con el periodo que el mandato de esta Comisión busca investigar, el año 2010 se promulgó la ley N° 20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, y que en su artículo 1° establece que *“toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial”*.

Haciendo énfasis en que *“dicha educación e información deberán entregarse por cualquier medio, de manera completa y sin sesgo, y abarcar todas las alternativas que cuenten con la debida autorización, y el grado y porcentaje de efectividad de cada una de ellas, para decidir sobre los métodos de regulación de la fertilidad y, especialmente, para prevenir el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual, y la violencia sexual y sus consecuencias”*. Y agrega que *“Este derecho comprende el de recibir libremente, de acuerdo a sus creencias o formación, orientaciones para la vida afectiva y sexual. Un reglamento, expedido a través del Ministerio de Salud, dispondrá el modo en que los órganos con competencia en la materia harán efectivo el ejercicio de este derecho”*.

En este sentido, en su presentación ante esta Comisión Investigadora las representantes del Comité de Evaluación de la Ley, señalaron que dicho reglamento no se creó hasta el año 2013, lo que limitó sustancialmente su implementación.

Mediante el Decreto Supremo N° 49, de 2013, suscrito por Jaime Mañalich, Ministro de Salud de la época, se aprueba dicho reglamento, para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad. Así, el reglamento se refiere al contenido de la información

¹⁰⁰ https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2005_Plan_de_Educacion_en_Sexualidad_y_Afectividad_2005_2010.pdf

que se deberá otorgar en las atenciones de salud para la elección de los métodos de regulación de la fertilidad y el acceso a éstos, y reitera que los servicios asistenciales deberán orientar en la materia.

Enfatizamos la necesidad de recoger el derecho a una educación en la sexualidad, reforzando modelos propiciados por organizaciones de la sociedad civil, organismos de Naciones Unidas o la experiencia comparada, por sobre los modelos biomédicos, y sin minimizar el rol de los establecimientos educacionales en la participación de la educación para la sexualidad.

La misma ley N° 20.418, establece la obligatoriedad a los Establecimientos Educacionales de Enseñanza Media, de contar con un Programa de Educación en Sexualidad. Para lo cual entre los años 2011 y 2014, el MINEDUC y el SERNAM conformaron una mesa de expertos que evaluó el contenido de los siete programas que posteriormente ofertó al sistema educativo.

Programas de Educación Sexual y su implementación.

Programa	Institución	% de escuelas que eligieron el programa
Teen Star	Dra. Pilar Vigil/Hanna Klaus (UC)	30%
Curso de Ed. Sexual Integral	Fundación CESI: Centro de Educación sexual, inteligencia emocional y afectividad integral. Dr. Capponi.	17%
Programa Aprendizaje en sexualidad, afectividad y género	U. de Chile	11%
Aprendiendo a querer	Universidad de la Santísima Concepción	8%
Programa de Ed. En Valores, afectividad y sexualidad	Universidad San Sebastián	8%
Sexualidad, autoestima y prevención del embarazo en la adolescencia	APROFA (Asociación Chilena de Protección de la Familia)	3%
Adolescencia: Tiempo de decisiones	Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia	1%
Otros	Los programas ofertados por el Mineduc eran de alcance y presupuesto limitado, por lo que las escuelas no beneficiadas tuvieron que contar con programas financiados por ellas mismas (vía SEP u otras fuentes propias).	23%

Fuente: Presentación Ministerio de Educación en CEI de VIH/SIDA

Respecto a la información acerca de la implementación de dichos programas, alrededor de un 25% de los establecimientos optó por generar sus programas propios, conforme la propia ley lo permitía. Si bien se respeta, dentro del marco legal, la posibilidad de que cada establecimiento educacional genere sus propios programas, resulta indispensable que el Ministerio de Educación fije directrices mínimas y establezca mecanismos de fiscalización respecto del

cumplimiento de estos programas.

Por lo anterior, resulta positiva la presentación del proyecto de ley que amplía el ámbito de la ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, correspondiente al boletín 12.734-04, en orden a establecer contenidos mínimos a partir de 5° básico, en donde se asegure que todos los programas de educación sexual, contengan los métodos anticonceptivos existentes, que aborden la prevención de las infecciones de transmisión sexual, el embarazo adolescente y el abuso sexual.

Se destaca lo anterior, más aun teniendo presente que durante el año 2018, el Ministerio de Educación entregó *“orientaciones para la elaboración de estos programas por parte de los establecimientos, dejando al arbitrio del sostenedor la determinación de enfoques de contenidos que integran y su ejecución”*, debido a que no se cuenta con una herramienta legislativa idónea para tratar esta temática.

El Comité de Evaluación de la Ley señaló que los programas de educación sexual son débiles, tardíos o inexistentes. Lo que se ve traducido en poca preparación de los docentes en el tema, escasos tiempos durante la jornada escolar para desarrollarlos, y la prácticamente nula priorización de estos programas dentro del currículum.

Tras la *Primera Reunión de Ministerios de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe*, realizada durante el año 2008 se aprobó la declaración *“Prevenir con Educación”* en que se plantearon metas regionales que buscaban la reducción en un 75% de la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción del Ministerio de Educación que no han institucionalizado la educación integral en sexualidad por un lado, y paralelamente, la reducción en un 50% de la brecha en el número de adolescentes y jóvenes sin cobertura de Servicios de Salud que atiendan, apropiadamente, sus necesidades de salud sexual y reproductiva por el otro.

Para el año 2015, Chile se encontraba en graves dificultades para alcanzar dichas metas. De acuerdo con un análisis realizado por la Red Democracia y Sexualidad (DEMISEX), en alianza con la International Planned Parenthood Federation (IPPF), nuestro país presentó tan solo un 35% de avance en los compromisos del acuerdo. Sin embargo, la situación más grave que arroja el informe es respecto a los datos en el área de educación, en donde Chile se ubica en el último lugar del continente con tan sólo 11% de implementación, debido a la falta de mecanismos eficientes que, en cierta medida, se suplen con la presentación del proyecto de ley.

Urge desarrollar e implementar una ley que contemple programas contundentes y robustos de educación sexual con un enfoque de derechos sexuales y reproductivos cubriendo todas las necesidades en esta materia, y ayudando a la prevención del VIH/SIDA y demás ETS.

b) Segundo Componente: Campañas comunicacionales y mediáticas

En relación a las campañas comunicacionales y mediáticas de prevención del VIH/SIDA, desde el año 2010 al 2018, se llevaron a cabo 8 campañas de comunicación, de 1 a 2 meses de duración y no fueron constantes todos los años. En términos cuantitativos, según *el Informe Programas de VIH/SIDA: 2010-2018*,

elaborado por el Departamento de Asesoría Técnica Parlamentaria de la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN), los resultados muestran que estas fueron vistas por menos del 50% de los encuestados y no generaron un impacto real en cuanto a sus conversaciones.

No obstante, la evaluación externa cuali - cuantitativa disponible sobre los resultados de esta estrategia comunicacional, corresponde a la campaña del año 2015, que arrojó que el 56.6% de la audiencia y población encuestada declaró haber visto alguna de las piezas de la campaña. Esta campaña estuvo orientada a la promoción del uso del condón, a diferencia de las otras 7 campañas que estuvieron enfocadas en la promoción y llamado a realizarse el test de VIH.

En términos metodológicos, si bien las campañas de prevención del VIH son válidas y recomendadas por organismos internacionales, se caracterizan por ser insuficientemente específicas en la definición de objetivos y audiencias, con poca profundidad y estrategias de diseminación demasiado amplias para los recursos limitados con los que se cuenta. Su alto costo, y complejidad cultural, para abarcar todas las necesidades comunicacionales, representa un desafío adicional importante.

En este sentido, en el transcurso de la Comisión se ha verificado que existe escasa percepción respecto del trabajo relativo a campañas de prevención, lo que queda ratificado en el documento *“Gasto en Campañas de Prevención del VIH SIDA en Chile”* realizado por el departamento de Asesoría Técnica Parlamentaria de la BCN. En este documento, se establece que el formato de campaña publicitaria que se utilizó entre los años 2010 y 2018 impide cumplir con el objetivo de mantener la alerta social y la percepción de riesgo respecto del VIH/SIDA.

Además, resulta muy perjudicial tanto para las campañas comunicacionales como para la instalación de la problemática a nivel nacional, la construcción de estereotipos que profundizan la estigmatización al VIH/SIDA. Los datos empíricos nos indican que toda la población está en riesgo de contraer VIH/SIDA, por tanto la estigmatización de migrantes, diversidad sexual y otros grupos, sólo contribuyen a la desinformación y disminución de la percepción de riesgo, ya que se asocia el virus a estos estereotipos. Precizando el lenguaje, urge avanzar desde la lógica de poblaciones de riesgo a poblaciones clave para de esa forma, desestigmatizar el virus.

Finalmente, la evaluación realizada por la Red Democracia y Sexualidad (DEMISEX) en torno a los objetivos de la Declaración Ministerial *“Prevenir con Educación”* planteaba que entre las principales falencias para alcanzar dichas metas internacionales, estaban en la no implementación de campañas públicas de alto impacto sobre VIH/SIDA para capacitar y sensibilizar a madres y padres de familia respecto a la prevención de VIH y sobre una educación integral en sexualidad.

c) Tercer Componente: Vínculo con organizaciones sociales

La participación de organizaciones de la sociedad civil en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de la política pública de VIH/SIDA en nuestro país, tuvo una relevancia fundamental durante la década del '90 e inicio del 2000. Con la aprobación de la Ley del SIDA se establecieron mecanismos de participación activa de las organizaciones sociales y la propia CONASIDA se sostenía en gran medida en el trabajo realizado por ellos.

El punto cúlmine de la relación entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil en torno al VIH/SIDA se da en el año 2003, en donde nuestro país postula a un financiamiento por parte del Fondo Global para la lucha contra el Sida a través de un comité país formado por CONASIDA, la Universidad de Chile y otras organizaciones sociales, cuyo proyecto fue aceptado con la adjudicación de 39 millones de dólares para implementar políticas de prevención del VIH/SIDA para el período 2003-2008.

Es durante este período que se vivió un ciclo virtuoso en la relación entre el Estado y las organizaciones sociales. Durante los años en que estuvo el financiamiento del Fondo Global, se diseñaron las políticas de prevención, en particular las campañas, en conjunto con organizaciones sociales como ASOSIDA, Vivo Positivo, entre otras, además de generar una coordinación intersectorial con otros organismos como INJUV, SERNAM e incluso el MINEDUC.

Durante el período que va entre el año 2010 y 2018, podemos afirmar en base a los antecedentes expuestos a lo largo del trabajo de la Comisión, que debería existir un esfuerzo adicional por parte del Ministerio de Salud con sus distintos titulares, por incluir a las organizaciones de la sociedad civil en el diseño, ejecución o evaluación de las políticas públicas relacionadas con la prevención, diagnóstico, tratamiento y control del VIH/SIDA. Si bien, se ha dado cuenta del levantamiento de algunas mesas de trabajo e incluso jornadas de seminarios, se debe fortalecer una relación constante y de permanencia en el tiempo con los diversos actores sociales vinculados al tema.

d) Cuarto Componente: Nuevas estrategias de prevención

La experiencia comparada sobre cómo otros países han enfrentado la problemática del VIH/SIDA, nos muestra que existe una variedad de medidas y estrategias que se pueden abordar en torno a la prevención y tratamiento del virus. En ese contexto, y en virtud del grave aumento que ha experimentado nuestro país de nuevos casos registrados de VIH/SIDA, es que se hace ineludible generar nuevas estrategias a la hora de asumir los desafíos que esta situación nos impone.

Como un intento de ello, el Ministerio de Salud presentó durante el año 2017 la **Estrategia Regional para avanzar en Prevención Combinada del VIH y abordaje de otras Infecciones de Transmisión Sexual**, que da cuenta de que la estrategia de prevención combinada debía incluir actividades de educación, información, comunicación; distribución sistemática de condones, lubricantes; estrategias de reducción de daño; diagnóstico y tratamiento de las ITS; promoción y oferta de examen de VIH; profilaxis post-exposición; profilaxis pre-exposición; acceso a la Terapia antiretroviral en las personas con VIH/SIDA, prevención, entre otros.

Entre los elementos de dicha Estrategia que se están implementando, podemos mencionar en primer lugar a la denominada Profilaxis Post-Exposición, fármaco que se suministra posterior a la exposición al virus. En países como Inglaterra, Estados Unidos, Australia, Canadá y España se ha implementado, y en Chile, a partir del Decreto N° 182, del Ministerio de Salud, publicado en enero de 2007, se establece que en los casos de violaciones y abusos sexuales, el profesional de salud que atiende a la víctima le hará una consejería en torno al VIH/SIDA, ofreciéndole posteriormente este tratamiento. Es fundamental la mantención de este tipo de medidas, sobretudo en casos extremos como lo es una violación o un ataque sexual.

Luego, podemos hacer referencia al uso del denominado Profilaxis Pre Exposición (PreP), fármaco cuyo objetivo es prevenir la transmisión del VIH antes que la exposición al virus se produzca; usualmente se ingiere previamente a la relación sexual y permite a cualquier persona utilizarlo. El uso del PreP no es nuevo en nuestro país, sin embargo su implementación no ha sido nada fácil. Ello porque el alto costo económico asociado ha limitado bastante su acceso a la población general. Según indica el Ministerio de Salud, durante el segundo semestre de 2019 debería implementarse en el sistema público de salud. En base a la experiencia de otros países, la aplicación del PreP focalizada en poblaciones claves ha disminuido en un 50% las transmisiones de VIH, constituyéndose de esta forma en una estrategia de gran impacto.

Durante el desarrollo de esta Comisión Investigadora, varias de las ONG y especialistas que asistieron, plantearon la importancia de mejorar el acceso a **prevención combinada**: Preservativo, PrEP y PEP (tratamiento post), a través de un enfoque comunitario, con centros de salud sexual emplazados en la comunidad y a cargo de las ONGs que han estado trabajando los temas de VIH/SIDA con poblaciones vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres, población trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, jóvenes y mujeres).

Esta fórmula, desarrollada con un financiamiento basal desde el Estado, con horarios más extendidos que los sistemas de salud, y sobre todo a cargo de personas que tienen mayor cercanía con esta población, tiene un impacto real en disminuir el número de nuevos casos, como se ha demostrado en los ejemplos de Estados Unidos y España.

QUINTA CONSIDERACIÓN

LOS PROGRAMAS DE DIAGNÓSTICO DESPLEGADOS

El diagnóstico de las personas que viven con VIH/SIDA representa uno de los desafíos en los que nuestro país se encuentra más atrasado; de hecho, respecto al compromiso internacional de ONUSIDA más conocido como 90 90 90, Chile solo presenta un avance del 70% hasta la fecha (del primer noventa, relativo a que el 90% de las personas con VIH sean diagnosticadas). Se estima que en Chile son alrededor de 20 mil las personas a lo largo del territorio que desconocen que viven con VIH/SIDA. Hemos detectado a lo largo de este trabajo que, existiría una profunda brecha de detección de la enfermedad, íntimamente ligada con las desigualdades existentes del acceso a la salud y a otros elementos obstaculizadores, a saber:

Como primer elemento, está la **Brecha de Diagnóstico entre hombres y mujeres**. Esto porque el enfoque de salud sexual reproductiva del Ministerio de Salud está dirigido hacia mujeres, y dado que estas están sometidas a frecuentes controles médicos de salud, especialmente en el área de fertilidad, suelen ser las mujeres precisamente las primeras en conocer su diagnóstico respecto a enfermedades de transmisión sexual, lo cual deja entrever una grave falencia de nuestro sistema de salud, ya que deja fuera de esta estrategia sistemática de detección a los hombres, población en que como sabemos está principalmente concentrado el virus (85% de los casos).

Algunos ejemplos planteados en la Comisión por distintos actores de la sociedad civil son las zonas aisladas, comunidades alejadas, aspectos culturales

(migrantes), la cosmovisión (pueblos indígenas), los rígidos horarios de atención para estudiantes y trabajadores.

Varias ONGs plantean una segunda brecha, relativa al **rol pasivo de las políticas del Ministerio de Salud**. Este aspecto se materializa en las pruebas de detección, toda vez que se espera que las personas se acerquen a los centros asistenciales principalmente, para practicar el examen; incumpliendo el rol activo que debiese tener el Estado en el proceso de pesquisa de la enfermedad. Frente a esta situación, el Ministerio de Salud expuso detalladamente las actividades preventivas y extramuros a través de la respuesta al oficio 003-2019 de esta Comisión.

Una tercera brecha, corresponde a la que se produce debido a las **campañas de detección a través de Test Rápidos**. Si bien, valoramos la puesta en marcha de nuevas técnicas diagnósticas a través de este instrumento, es preciso hacer notar que no deben terminar resultando en iniciativas aisladas y de poco impacto. La campaña lanzada por el Ministerio de Salud pretende adquirir 800 mil test, aplicando 200 mil cada año. En esta Comisión se informó que a marzo de 2019, se han aplicado alrededor de 90 mil test desde el inicio de esta política pública. Para el adecuado desarrollo de la detección y el diagnóstico, se requiere coordinar con otras instancias institucionales y organizaciones de población focalizada que se pretende pesquisar. Cabe hacer notar que la mayoría de quienes se han hecho el test son mujeres, y hoy la prevalencia se encuentra en hombres que tienen sexo con hombres. Otro ejemplo visto en la misma comisión, dice relación con la campaña de verano¹⁰¹ de este año, realizada por el Instituto Nacional de la Juventud en colaboración con el Ministerio de Salud, en la cual se aplicaron 10.249 test rápidos a jóvenes, de los cuales se obtuvo una prevalencia mucho menor de casos reactivos, en comparación a la prevalencia registrada a nivel nacional (0,59%).

Finalmente, se ha producido una importante **Brecha debido a la burocracia** relativa al proceso de realización del examen. Se deben eliminar las barreras previas al diagnóstico y potenciar la realización de test rápidos.

SEXTA CONSIDERACIÓN

EXISTENCIA DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

A la hora de abordar los programas de tratamiento del VIH/SIDA, es necesario reparar en algunos elementos relevantes. Por ejemplo, es importante optimizar el tiempo promedio que tarda el sistema de salud en darle tratamiento a una persona diagnosticada con VIH/SIDA.

En este sentido, es importante hacer presente que las personas que viven con VIH/SIDA deben sortear una serie de obstáculos que son inherentes a la forma en que está concebido nuestro sistema público de salud. En primer lugar existe una limitación importante respecto al acceso, lo cual puede ser determinante en esta crisis sanitaria, y que se traduce en la lentitud y burocracia a las que son sometidos los pacientes para acceder a una atención que otorgue una respuesta bio-psicosocial a las personas con VIH y su entorno, con miras a asegurar su bienestar, protección y garantizar la continuidad de su cuidado, esto último es vital, ya que el VIH/SIDA, no es una cuestión meramente clínica, sino que es un tema social, económico, cultural y de políticas públicas.

¹⁰¹ Diciembre de 2018 a abril 2019.

Otra brecha se genera a partir de los algoritmos de diagnóstico, el cual muchas veces impacta en un tratamiento tardío de la enfermedad. Si bien, el Instituto de Salud Pública dispone un máximo de 15 días hábiles para la confirmación diagnóstica, la notificación posterior puede retardar mucho tiempo más. Es indispensable agilizar esos procesos. Así mismo, la normativa señala que frente a situaciones de enfermedad avanzada, se inicia tratamiento independiente de la confirmación.

Cabe destacar el rol que cumple FONASA a través de la garantía GES respecto a la cobertura y financiamiento a las prestaciones de salud que requieren las personas que viven con VIH, y que de otra forma no podrían acceder a los tratamientos antirretrovirales que necesitan. Sin embargo, es difícil obviar el hecho de que alrededor del 30% de las personas confirmadas con el virus desertan a dichos tratamientos debido a lo incompatible que resulta adherir a los periódicos controles médicos e ir en busca de los fármacos, y desarrollar una vida relativamente normal, teniendo en cuenta el estigma y discriminación a los que están sometidos, fundamentalmente en el trabajo y la familia.

Finalmente, existe una preocupación muy seria acerca de la capacidad de los centros de salud para dar cobertura a todas las personas que se estima, estarían hoy viviendo con VIH/SIDA en Chile. Esta sería la **brecha de infraestructura de los servicios médicos**. En este último punto, es importante señalar que se han comprometido 10 centros especializados a lo largo del país y hasta ahora han entrado en funcionamiento 4, sumado a los 39 existentes, alcanzan un total de 43 centros a lo largo del país. Para disminuir esta brecha es importante así mismo contar con personal médico y de consejería, además de profesionales de infectología capacitados en materia de VIH/SIDA.

Otro aspecto fundamental, es la necesidad de disminuir los tiempos entre el diagnóstico y el inicio de la terapia antirretroviral y para eso, la incorporación del test rápido ha permitido simplificar el proceso, haciendo que la persona con un examen reactivo sea evaluada para confirmación e ingrese prontamente a tratamiento, ya que actualmente el acceso a TARV es universal, independiente de los CD4. Esto tiene un impacto beneficioso en la salud de las personas y la salud pública, como se plantea en el documento Directrices para la Estrategia Regional para Avanzar en Prevención Combinada del VIH, elaborado por el MINSAL en el año 2017.

Finalmente, aunque el actual Plan Nacional está centrado en la prevención combinada (prevención y atención) nos alerta el hecho que se sigue manteniendo altas tasas de mortalidad.

SÉPTIMA CONSIDERACIÓN

LAS TASAS DE MORTALIDAD DEL PERÍODO

En relación a la mortalidad por esta enfermedad, durante el período de 1990 a 2008 se registraron 6.494 defunciones por SIDA, siendo el 87,6% hombres. La tasa de mortalidad aumentó progresivamente hasta el año 2001, en que se observó la cifra más alta (3,5 por cada 100 mil habitantes). Posteriormente hubo una disminución progresiva que llegó a una tasa de 2,3 por cada 100 mil habitantes en el año 2008.

En el año 2010, en el marco de la **Estrategia Nacional de Salud 2011-**

2020 se fija como objetivo “*Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA*” generando metas en las tasas de mortalidad de 2,0 para el año 2010; 1,6 para el año 2015 y de 1,2 para el 2020. Sin embargo, en el año 2010 se registró una tasa de 2,5 por cada 100 mil habitantes (0,5 puntos superior a la meta) llegando el 2015 a 2,9 por cada 100 mil habitantes (1,7 por sobre la meta), con un peak en el año 2016 de una tasa de 3,1 por cada 100 mil habitantes.

Finalmente, a sólo un año de la fecha indicada para la meta de la tasa de 1,2 por cada 100 mil habitantes, la cifra del año 2018 llegó a 2,9 por cada 100 mil habitantes. Lo que refleja que los esfuerzos del Ministerio de Salud por disminuir las tasas de mortalidad han sido infructuosos y estamos lejos de cumplir las propias metas que el Estado se ha dado al año 2020.

OCTAVA CONSIDERACIÓN

PRESUPUESTO Y GASTO PARA DESPLEGAR LAS POLÍTICAS DE VIH/SIDA

La política pública encargada de enfrentar el VIH/SIDA corresponde al denominado **Plan Nacional de VIH/SIDA e ITS**, el cual cuenta con varias *líneas estratégicas*. Cabe hacer presente que, de todo el presupuesto que se invierte anualmente para el combate contra el aumento y el control del VIH/SIDA, el 95% es destinado sólo a la línea estratégica de tratamiento de la enfermedad; debiendo cubrir con sólo con el 5% del presupuesto, los restantes estrategias tales como la prevención, el diagnóstico, la investigación científica, entre otras.

Una forma de abordar eficientemente la línea estratégica de prevención, manifestada por la mayor parte de los expositores a la Comisión, es a través de **campañas comunicacionales** de VIH/SIDA en los distintos medios de comunicación. El Ministerio de Salud entrega la información oficial de los montos destinados a estas campañas durante el periodo 2010-2019 en la respuesta al oficio 003-2019 de esta Comisión. Cabe destacar además, que durante el año 2014, la campaña no se realizó.

En términos generales, el presupuesto destinado para prevención ha sido muy bajo y sin grandes variaciones a lo largo de esta última década. Sólo como ejemplo, el presupuesto destinado a **prevención** en la región Metropolitana es, según lo informado por Fernando Muñoz, representante de Vivo Positivo, \$5 (cinco pesos) per cápita, lo que no alcanzaría ni siquiera para comprar un preservativo. En este sentido, el Ministerio de Salud respondió que se han potenciado las herramientas de prevención y, específicamente, más que triplicado la compra de preservativos, pasando de 6 millones en 2017 a más de 21 millones en 2018.

Esta situación se ve reforzada en las observaciones presentadas por la misma DIPRES en el año 2010, cuando indica que las funciones de prevención, control y tratamiento de VIH SIDA se desarrollan en diferentes departamentos del Ministerio de Salud y organismos autónomos, y cada uno responde a glosas presupuestarias distintas.

Si bien, es importante mantener el adecuado financiamiento del tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA, es fundamental considerar las conclusiones mostradas por el informe de la DIPRES, que evidencia que las acciones preventivas son más baratas y eficientes (“más vale prevenir que curar”). Por tanto,

es fundamental aumentar el presupuesto asignado a la prevención.

Por otro lado, el Decreto Supremo N° 3 del Ministerio de Salud considera al Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA, dentro de las Garantías Explícitas de Salud (GES). Por tanto, FONASA tiene la obligación de asegurar el **acceso y oportunidad en la atención** respecto de esta patología a sus respectivos beneficiarios y otorga protección financiera, cubriendo el 100% para todos los tramos FONASA. Lo anterior quiere decir, que al estar considerada dentro de las Garantías Explícitas de Salud, tanto Fonasa como las Isapres deben cubrir los controles, terapias y diagnósticos de cada paciente que vive con VIH/SIDA en Chile.

Las fuentes de financiamiento del Programa son de asignación específica (Subsecretaría de Salud Pública), así como aportes presupuestarios de otras instituciones sectoriales que, en particular, corresponden a las transferencias provenientes de FONASA.

En esta línea, y de acuerdo a datos proporcionados en la Comisión Investigadora por el señor Marcelo Mosso, Director Nacional de FONASA, podemos observar un alza en los últimos diez años respecto de los gastos asociados a VIH/SIDA, equivalentes a un incremento de 418% al año 2018, respecto al gasto del año 2010. Dato que no puede considerarse aisladamente, sin tomar en cuenta el exponencial aumento de nuevos casos en nuestro país y por tanto, el incremento en la demanda en diagnóstico, tratamiento y control.

En materia de financiamiento, cabe destacar la adjudicación de cerca de 39 millones de dólares provenientes del Fondo Global para la lucha contra el SIDA, con el objeto de implementar políticas de prevención, de atención integral y de no discriminación del VIH/SIDA durante el período 2003-2008. Durante este período se vieron notorios cambios, tales como la disminución sostenida entre el 2003 y el 2008 de la tasa de notificación de VIH/SIDA o el peak mínimo en 2008 de la tasa de mortalidad (2,3 por cada 100 mil habitantes).

Dicho presupuesto adicional, era administrado por el Consejo de Las Américas, sin embargo estos no fueron rendidos correctamente, provocando que este apoyo internacional esté suspendido hasta el día de hoy. En lo concreto esto significa que desde el 2008, la ejecución dependa exclusivamente de los recursos del Estado.

En definitiva, podemos ver una contradicción entre los montos de financiamiento que se tienen para prevención y diagnóstico, y las correspondientes cifras tanto de nuevos casos de VIH, como de personas fallecidas producto del SIDA.

II. CONCLUSIONES:

En función de lo expuesto durante todo el documento, esta Comisión ha desprendido de su trabajo, adicional al mandato, una serie de iniciativas encaminadas a combatir el significativo aumento de las personas que viven con VIH/SIDA en nuestro país, proponiendo la creación y fortalecimiento de una Política Nacional, sustentada en programas de prevención, diagnóstico y tratamiento, donde el Estado de Chile asuma su responsabilidad constitucional, jurídica, pero también social y política sobre la salud sexual de quienes viven en nuestro país.

Al analizar los datos anteriores, es necesario preguntarnos ¿Cómo fue que llegamos a esta situación como país? ¿Qué instituciones tienen responsabilidad

en la situación actual? ¿Cuáles son las estrategias que se deben implementar intersectorialmente? ¿Con quiénes se deben construir estas estrategias? ¿Qué recursos se requieren y cómo debemos focalizarlos? La actual normativa ¿se ajusta a las necesidades actuales? ¿Será necesario un nuevo organismo coordinador?

CONCLUSIÓN N° 1

Tanto en términos constitucionales como políticos, el órgano responsable del diseño y ejecución de la política en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA es el Ministerio de Salud. Por tanto, a través de la revisión de los antecedentes recopilados por esta Comisión, llegamos a la conclusión que **la principal responsabilidad de la actual epidemia de VIH/SIDA es del Estado de Chile, a través de su Ministerio de Salud**, reflejado en todas las reparticiones que inciden en esta política (Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Instituto de Salud Pública, Servicios de Salud, DIPRECE, etc.).

Si hoy en día estamos ante esta situación, es precisamente por las ineficientes e ineficaces estrategias que se tomaron por parte del Estado durante la última década. En ese sentido, hacemos un análisis crítico tanto de las metas propuestas como de las estrategias para darles cumplimiento.

Durante el período 2010-2018 se fijaron principalmente dos objetivos: **disminuir la transmisión vertical y disminuir la mortalidad por el VIH/SIDA**. Esto provocó que la mayoría de esfuerzos y recursos se centrarán en torno al control y tratamiento del virus, dejando en un segundo plano las estrategias de prevención. Recién con el Plan Nacional de VIH del año 2018, se pone como un objetivo la **“disminución de la transmisión a través de estrategias de prevención”**, sin que los resultados de este objetivo puedan ser aún medidos.

Las decisiones tomadas durante este período para afrontar el virus se vieron reflejadas en las deficientes campañas comunicacionales realizadas, la disminución en la percepción de riesgo, y la errada focalización en el diagnóstico que hizo que posteriormente tuviésemos aumentos explosivos en los nuevos casos durante los años 2017 y 2018. Una parte de ese aumento, puede ser explicado por la convocatoria a realizarse el examen impulsado en dichas campañas, además desde el 2013 se incluyó el examen diagnóstico entre las garantías GES, justamente para facilitar su realización.

CONCLUSIÓN N° 2

No obstante, si bien la responsabilidad principal es del Ministerio de Salud, **es fundamental asignar también un importante grado de responsabilidad al Ministerio de Educación**, por su insuficiente labor en la prevención del VIH/SIDA y otras ITS a través del diseño y ejecución de una política de educación sexual integral, sin ceder a las presiones de grupos de interés y religiosos.

CONCLUSIÓN N° 3

La paulatina descentralización de las facultades de **CONASIDA** a partir del año 2001 y que culminó en el año 2010 con su derogación definitiva, y reemplazo por el Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA se materializó en un nuevo mecanismo de coordinación, provocando un actuar sin la conexión suficiente entre los distintos actores y organismos involucrados en este

proceso lo que terminó generando una política que no alcanza los niveles óptimos de eficiencia e impacto a través del tiempo.

Durante los años en que funcionó CONASIDA como organismo coordinador de la política nacional para el VIH/SIDA, ejecutó una estrategia en torno a los objetivos planteados para dicha época, principalmente en torno a instalar el tema del VIH/SIDA, logrando reconocimiento internacional debido a su modelo de gestión y programa desarrollado. Llama la atención que el proceso de descentralización de sus funciones hasta su posterior derogación en el año 2010, coincida con el aumento sostenido del diagnóstico de nuevos casos de VIH/SIDA en nuestro país.

De esta forma concluimos que uno de los factores de la actual crisis, podría ser, la ausencia de un organismo coordinador centralizado que elabore la política nacional para afrontar esta epidemia.

CONCLUSIÓN N° 4

Por otra parte, la adjudicación de financiamiento por parte del **Fondo Global para la lucha contra el SIDA** entre los años 2003 y 2008, que si bien generó buenos resultados, hizo que el Estado descansara en estos recursos sin que implementase nuevas estrategias de financiamiento. Por tanto, al retirarse el Fondo Global en 2008 y desaparecer definitivamente CONASIDA en 2010, se dio paso a que, durante el período 2010-2018, la política fuera llevada a cabo desde **el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA** y sin apoyo de fondos internacionales, es llamativo que en dicho período, precisamente, hayan aumentado las cifras de personas viviendo con VIH/SIDA.

CONCLUSIÓN N° 5

Durante el período 2010-2018 hubo una baja sostenida en los presupuestos destinados a la política de VIH/SIDA, destinando además **cerca del 95%** de dicho presupuesto sólo al **tratamiento** de la enfermedad, cubriendo con el **5% restante** las áreas de **prevención, diagnóstico o investigación científica**. Es fundamental que presupuestariamente se asignen todos los fondos públicos que sean necesarios para la lucha contra la crisis que estamos viviendo.

CONCLUSIÓN N° 6

Desde el punto de vista normativo, si bien tanto las garantías constitucionales del Estado de Chile y las demás normas pertinentes, proclaman proteger a las personas en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA, hemos podido observar, fundamentalmente en la Ley del Sida, ciertos vacíos e incumplimientos que dan cuenta de la urgente necesidad de actualizar nuestra legislación.

En lo que respecta al período 2010-2018, se ha dado cuenta de la introducción de cambios legislativos relativos, principalmente, a la forma de realizar las pruebas de detección del virus a menores de edad con el objeto de facilitar el acceso de éste. Así mismo, la norma que declara obligatorio el control de esta enfermedad en mujeres gestantes ha sido determinante en la disminución de las cifras de transmisión vertical. Finalmente si bien la Ley de Fertilidad podría representar un avance importante, y tal vez el esfuerzo más cercano hacia una educación sexual en nuestro sistema, su limitado reglamento acota el ámbito de aplicación de esta ley,

perdiendo el sentido original.

Sin duda, dichas normas han sido trascendentales para avanzar en la prevención y el control del VIH/SIDA en nuestro país, pero están descontextualizadas a los tiempos actuales en los que se requiere una respuesta expedita de parte del Estado, propendiendo al respeto de los Derechos Humanos y el fin de todas las formas de discriminación hacia las personas que viven con este virus; que cree mecanismos que garanticen tanto la implementación de políticas públicas tendientes a la educación acerca del VIH, que permitan en la práctica el tratamiento oportuno y, que fomente realmente la participación de las organizaciones de la sociedad civil y la sociedad científica.

III. RECOMENDACIONES:

RECOMENDACIÓN N° 1

Es fundamental el diseño de una **Política de Estado** que además del enfoque en control y tratamiento, desarrolle **Estrategias Combinadas** que consideren la implementación del PrEP y PEP, entre otras, y que sobretodo, centre sus esfuerzos en la **Prevención del virus**, ya sea con **campañas comunicacionales constantes**, sin estigmatizaciones ni estereotipo y que aporten a una educación sexual integral. Además, que incentive la investigación científica y dote de una estructura robusta de vigilancia epidemiológica, y con un rol del Instituto de Salud Pública que, aunque centralizado, sea capaz de dar respuestas rápidas y eficientes a las demandas regionales.

RECOMENDACIÓN N° 2

Cualquier estrategia que se diseñe y desarrolle desde el Estado no tendrá los mismos efectos si no se considera **una participación comunitaria**. Las organizaciones comunitarias, sociales, ONG y personas que viven con el VIH disponen del conocimiento y la experiencia que el Estado necesita para elaborar respuestas eficientes y eficaces, y, por tanto, el Estado debiese asegurar que dichos saberes de las organizaciones se tomen en consideración a la hora de elaborar los planes y programas y la evaluación en materia del VIH/SIDA.

Es necesario que se establezcan **mecanismos formales y estables** para el diálogo continuo con los representantes de la comunidad y su aporte a la elaboración de las políticas y los programas relacionados con el VIH/SIDA, y tal como plantea la Segunda Directriz de ONUSIDA sobre el VIH y los Derechos Humanos, esta vinculación debe ser reforzada mediante apoyo tanto político como financiero.

RECOMENDACIÓN N° 3

Es fundamental asegurar los **financiamientos basales permanentes** para la prevención, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA.

RECOMENDACIÓN N° 4

Creemos fundamental la **creación y establecimiento de un nuevo organismo coordinador interministerial** (CONASIDA 2) que garantice el diseño, aplicación y evaluación de una nueva Estrategia Nacional de Prevención, Diagnóstico, Control y Tratamiento del VIH/SIDA para nuestro país, tanto en la

atención pública como en la privada. Dicho organismo debe ejercer una coordinación interministerial y tener una profunda vinculación con las organizaciones comunitarias, ONG, expertos, servicios públicos e instancias regionales y locales. Garantizando además, la ejecución integrada y la coordinación a nivel superior de los planes nacionales de acción de cada ministerio.

RECOMENDACIÓN N° 5

Bases para **una política de salud sexual integral para Chile**. Al momento de pensar una política de salud sexual integral en nuestro país, es necesario que se haga desde ciertos enfoques y contenidos mínimos que se debieran considerar ante la compleja situación en la que nos encontramos en relación al VIH/SIDA.

En primer lugar, debe tener un **enfoque sanitario**, es decir, debe primar siempre la salud de las personas y los problemas de salud pública por sobre los elementos valóricos, morales o éticos. Debemos generar una política alejada de prejuicios y que aborde directamente el tema.

En segundo lugar, se debe asumir que es responsabilidad del Estado la protección, el respeto, la garantía y promoción de derechos fundamentales como el acceso a la salud, y que cuando el Estado está ausente siempre repercute en la vulneración de los derechos de alguien. Por esta razón debemos asumir un **enfoque de derechos humanos** en donde prime su protección por sobre cualquier motivo, proceso o contexto en que se dé.

En tercer lugar, se debe estar consciente de los roles de género que existen en nuestra sociedad, en donde generalmente son las mujeres quienes son asociadas con la responsabilidad de asumir los resguardos preventivos en materia de sexualidad, dejando de lado un **enfoque feminista** en que existe una corresponsabilidad sexual entre hombres y mujeres, garantizando derechos sexuales y reproductivos, y asegurando una salud sexual con una mirada integral.

Finalmente, es necesario que exista un **enfoque de diversidad e identidad de género** asumiendo que existen diversas formas de vivir la sexualidad, a través de diversas identidades y expresiones de género, y es deber del Estado brindar a cada persona la oportunidad de proyectarse libremente, asegurando el diseño e implementación de una política integral de salud sexual que proteja el derecho de cada persona de vivir una sexualidad plena, garantizando los derechos sexuales y reproductivos.

RECOMENDACIÓN N° 6

Propuestas legislativas y políticas.

Finalmente, con el fin de colaborar desde esta Comisión Investigadora a la lucha contra el VIH/SIDA, es que proponemos las siguientes iniciativas legislativas y políticas:

1. Reformar la ley N° 19.779, que establece normas relativas al VIH, con el objetivo de actualizarla a las necesidades propias de la realidad chilena, fundamentalmente en lo que respecta a obligaciones del Estado en esta materia, las políticas de prevención, los incentivos a la investigación y de detección y diagnóstico del VIH a través del examen.

2. Reformar la ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, con la finalidad de incorporar un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, elaborando así una política de educación sexual integral que pueda ser aplicable a todos los establecimientos educacionales.

3. Modificar e implementar el reglamento de la ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, sustentado en el artículo 1° que indica que *“Toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial.”*

4. Modificar el Decreto con Fuerza de Ley que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 20.370 con las normas no derogadas del Decreto con Fuerza de ley N° 1, de 2005, sobre Ley General de Educación, para incorporar la educación sexual integral como principio rector en relación a la educación que imparten los establecimientos educacionales.

5. Creación, a través de una ley, de un organismo coordinador interministerial y con una profunda vinculación con las organizaciones comunitarias, ONG, expertos, servicios públicos e instancias regionales y locales, que garantice el diseño, aplicación y evaluación de una nueva Estrategia Nacional de Prevención, Diagnóstico, Control y Tratamiento del VIH/SIDA.

6. Modificación de la forma en que está concebida la asignación presupuestaria para fortalecer el Plan Nacional de VIH/SIDA y control de ITS, con el objeto que este, sea asignado de manera centralizada en un solo órgano para una administración estratégica y coordinada de los recursos.

7. En ese mismo sentido, respecto a los recursos destinados al VIH/SIDA, proponemos que los esfuerzos estén centrados con mayor fuerza en líneas estratégicas de prevención combinada y con especial énfasis en la participación de organizaciones de la sociedad civil.

8. Desplegar campañas de pesquisa focalizadas en poblaciones clave, para de esta forma dar cumplimiento al compromiso 90-90-90 respecto al diagnóstico.

9. Generar campañas comunicacionales permanentes durante todo el año y no intermitentes y focalizada en las poblaciones claves.

En cuanto al test rápido de detección del VIH y al autotest, el MINSAL debe ser aún más proactivo en su utilización y promoción, especialmente respecto de la población clave para la cual se propone y recomienda. Por otro lado es vital contar con la autorización para su venta en farmacia y almacenes farmacéuticos.

Asimismo se considera de suma importancia la presencia de la autoridad sanitaria en los lugares que cuenten con concurrencia masiva de jóvenes, tales como establecimientos educacionales, recintos deportivos, eventos artísticos, etc.

10. Instaurar el día 23 de junio de cada año como el Día Nacional del VIH/SIDA, en conmemoración de la muerte del dirigente Sigifredo Barra, con el objeto de concientizar a la población acerca de esta enfermedad.

11. Fortalecer la evaluación del Plan Nacional de VIH/SIDA y facilitar el acceso público a dicha información.

12. Remitir cada seis meses a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados la información sobre el progreso de las Estrategias y Plan nacional del VIH/SIDA, así como sobre las recomendaciones aquí descritas.”.

VII.- CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS

A) Envío copia del informe de la Comisión Especial Investigadora

La Comisión Investigadora acordó proponer a la H. Sala de la Cámara de Diputados que se envíe copia de este informe a las siguientes instituciones públicas, con la finalidad que, de conformidad a su mérito, adopten las medidas conducentes a superar las dificultades detectadas en la investigación de esta Comisión.

1) A S.E. el Presidente de la República, señor Sebastian Piñera Echenique, de conformidad con las disposiciones del artículo 58 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional.

2) Al Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi.

3) A La Ministra de Educación, señora Marcela Cubillos Sigall.

4) Al Director (a) del Instituto de Salud Pública.

B) Diputada Informante

La Comisión Investigadora designó, por unanimidad como diputada informante a la señora Claudia Mix Jiménez y asimismo, se acordó que forman parte de las conclusiones y propuestas aprobadas, las consideraciones que les sirven de base.



Tratado y acordado según consta en las actas correspondientes a las sesiones de fechas 18 y 19 de marzo; 1, 8 y 15 de abril; 6, 13 y 27 de mayo; 3, 10, 17 y 21 de junio, y 10 de julio del año en curso, con la asistencia de las y los diputados miembros de la Comisión señores (as) Claudia Mix Jiménez (Presidenta), Jaime Bellolio Avaria, Juan Luis Castro González, Ricardo Celis Araya, Andrés Celis Montt, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar, Marcela Hernando Pérez, Erika Olivera de la Fuente, Patricio Rosas Barrientos, Marisela Santibáñez Novoa, Víctor Torres Jeldes y Virginia Troncoso Hellman.

Además, asistieron los diputado (as) señores (as) Ramón Barros Montero en reemplazo del diputado señor Jaime Bellolio Avaria; Karol Cariola Oliva en reemplazo de las diputadas señora Claudia Mix Jiménez y señorita Marisela Santibáñez Novoa, respectivamente; Karin Luck Urban en reemplazo de la diputada señora Erika Olivera de la Fuente; Carolina Marzán Pinto en reemplazo del diputado señor Ricardo Celis Araya; Iván Norambuena Farías en reemplazo de la diputada señora Virginia Troncoso Hellman; Leonidas Romero Sáez en reemplazo del diputado señor Andrés Celis Montt, y Camila Vallejo Dowling en reemplazo de la diputada señorita Marisela Santibáñez Novoa.

Asimismo concurren los diputado (as) señores (as) Pablo Prieto Lorca; Camila Rojas Valderrama; Gabriel Silber Romo, y Pedro Velázquez Seguel.

SALA DE LA COMISIÓN, a 10 de julio de 2019.

CLAUDIA RODRÍGUEZ ANDRADE
Secretaria Abogada de la Comisión

INDICE

I.- Competencia de la Comisión	1
II.- Antecedentes generales	2
A) Introducción	2
B) Evolución del VIH/SIDA en Chile, según casos confirmados por ISP	3
C) Marco Regulatorio	6
D) Políticas de prevención y control del VIH/SIDA en Chile	8
E) Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS	11
1) Ejes estratégicos	11
2) Evaluación del Programa	12
<i>Componente 1. Promoción del sexo seguro y prevención</i>	13
<i>Componente 2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS</i>	20
<i>Componente 3. Vigilancia epidemiológica, Sistemas de información e investigación.</i>	25
<i>Componente 4. Planificación, monitoreo y evaluación.</i>	28
F) Educación Sexual	28
III.- Relación del trabajo desarrollado	35
Personas recibidas por la Comisión	35
1. Emilio Santelices Cuevas, Ministro de Salud.	35
2. Jaime Mañalich Muxi, Ministro de Salud.	42
3. Marcela Cubillos Sigall, Ministra de Educación.	43
4. Raimundo Larraín Hurtado, jefe de la Dirección de Educación General del Ministerio de Educación.	44
5. Ángelo González Lamadrid, jefe del Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS.	47
6. Johanna Acevedo Romo, jefa del Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud.	51
7. Marcelo Mosso Gómez, Director del Fondo Nacional de Salud.	55
8. Judith Mora Riquelme, Directora (S) del Instituto de Salud Pública.	59
9. Izkia Siches Pastén, Presidenta del Colegio Médico de Chile.	63
10. Anita Román Morra, Presidenta del Colegio de Matronas Chile.	65
11. María Angélica Baeza Revecó, Presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile.	66
12. Alejandro Afani Saud, jefe del Departamento VIH del Hospital Clínico de la Universidad Católica.	68

13. Jaime Burrows Oyarzún, Exsubsecretario de Salud Pública.	70
14. Claudia Cortés Moncada, Vicepresidenta de la Sociedad Chilena de Infectología.	72
15. Valeria Stuardo Ávila, académica de la Universidad de Chile.	75
16. Mario Calvo Gil, Director del Instituto de Medicina de la Universidad Austral.	77
17. Elías Jiménez Bravo, representante de la Clínica de Interés Público de la Universidad de Chile.	79
18. Carlos Beltrán Buendía, Presidente de la Corporación Sida Chile.	83
19. José Tomás Valdés Eskenazi, jefe de gabinete del Director del Instituto Nacional de la Juventud.	86
20. Soledad González Vidal, profesional temas programáticos del Instituto Nacional de la Juventud.	88
21. Bernardita Crisóstomo Ulloa, analista área de estudios del Instituto Nacional de la Juventud.	89
22. Fernando Muñoz Figueroa, representante del Movimiento por la Diversidad Sexual.	89
23. Manuel Jorquera Gutiérrez, Director Ejecutivo de la ONG Vivo Positivo.	93
24. Diego Ríos Pacheco, Director área salud del Movimiento de Integración y Liberación Homosexual.	96
25. Juan Enrique Pi Arriagada, Presidente Ejecutivo de la Fundación Iguales.	99
26. Iancu Cordescu Donoso, Director Ejecutivo Fundación Chile Positivo.	100
27. Alberto Farías Aguilera, fundador plataforma Prepárate.	104
28. Leonardo Arenas Obando, representante de AHF Chile.	107
29. Willy Morales Madariaga, Presidente de la Red Nacional de Pueblos Originarios Frente al VIH.	109
30. Tibor Gutiérrez Valdebenito, antropólogo de la Red Nacional de Pueblos Originarios Frente al VIH.	110
31. Venay Aguirre Maturana, abogada de la Red Nacional de Pueblos Originarios Frente al VIH.	111
32. Armando Arjona Ramírez, encargado del área de inmigración y VIH de la Coordinadora Red Migrante.	113
33. Pablo Donoso Christie, Presidente de la ONG VIHDA.	115
34. Paulo Melipil Gutiérrez, Director Ejecutivo de la ONG VIHDA.	116
35. Nathalie Aliste Bello, abogada de la Dirección Jurídica de la ONG VIHDA.	117
36. Marco Becerra Silva, Director de Gestión Pública ONG Acción Gay.	118
37. Débora Solís Martínez, Directora Ejecutiva de la Asociación Chilena de Protección a la Familia.	121

38. Michael Díaz Rodríguez, Director Ejecutivo de Fundación Sida Maule.	122
39. Manuela Morales Penna, representante de la ONG Litigación Estructural para América del Sur.	124
40. Daniel Contardo Vásquez, representante de la ONG Litigación Estructural para América del Sur.	126
41. Carolina Espinoza Barrera, representante de la Corporación Chilena de personas trans "Amanda Jofré Cerda".	126
42. Víctor Hugo Robles Fuentes, periodista y conductor del programa radial sobre diversidad sexual y VIH.	128
43. Milenka Kegevic Romero, representante del Comité de Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados.	129
44. Paulina Maturana Arancibia, representante del Comité de Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados.	130
IV.- Información solicitada	131
V.- Consideraciones, conclusiones y propuestas presentadas	135
VI.- Votación y acuerdos	157
I.- Consideraciones aprobadas	158
1.- Evolución del VIH/SIDA en nuestro país	158
2.- Chile cuenta con un marco jurídico relacionado al VIH	159
3.- Chile cuenta con una política nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA	161
4.- Estrategias de prevención desplegadas en el período y educación sexual	163
5.- Los programas de diagnóstico desplegados	170
6.- Existencia de programas de tratamiento	171
7.- Las tasas de mortalidad del período	172
8.- Presupuesto y gasto para desplegar las políticas de VIH/SIDA	173
II.- Conclusiones aprobadas	174
1.- Responsabilidad del Ministerio de Salud	175
2.- Responsabilidad del Ministerio de Educación	175
3.- Ausencia de un organismo coordinador centralizado	175
4.- Fondo Global para la lucha contra el SIDA	176

5.- Baja sostenida en los presupuestos destinados al VIH	176
6.- Necesidad de actualizar la legislación vigente	176
III.- Recomendaciones aprobadas	177
1.- Diseño de una Política de Estado con estrategias Combinadas	177
2.- Necesidad de una participación comunitaria	177
3.- Financiamientos basales permanentes	177
4.- Creación y establecimiento de un nuevo organismo coordinador interministerial	177
5.- Bases para una política de salud sexual integral para Chile	178
6.- Propuestas legislativas y políticas	178
VII.- Constancias reglamentarias	180
A) Envío copia del informe	180
B) Diputada Informante	180