



LEGISLATURA 367ª

CEI 22 - ACTUACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD EN RELACIÓN A CRISIS POR TRATAMIENTO DEL VIH SIDA ENTRE 2010-2018.

Sesión 2a, celebrada el martes 19 de marzo de 2019

De 16:05 a 17:50 horas.

SUMA

- Exposición Ministro de Salud.

APERTURA DE LA SESIÓN

Se inició la sesión a las 16:05 horas.

PRESIDENCIA

Presidió la diputada Claudia Mix Jiménez.

ASISTENCIA

Asistieron los diputados integrantes de la comisión, señores(as) Jaime Bellolio Avaria, Juan Luís Castro González, Andrés Celis Montt, Ricardo Celis Araya, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar, Marcela Hernando Pérez, Claudia Mix Jiménez, Erika Olivera de la Fuente, Patricio Rosas Barrientos, Marisela Santibáñez Novoa y Víctor Torres Jeldes.

Como invitados, concurren: el ministro de Salud, señor Emilio Santelices Cuevas, acompañado por Ángelo González, jefe del departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS, y los asesores legislativos Gonzalo Arenas Hödar, Enrique Accorsi Opazo y Jaime González Kazazian.

Actuó como Secretaria Abogado la señora Ana María Skoknic Defilippis, y como Abogado Ayudante el señor Cristián Ortiz Moreno.

CUENTA

1.- Solicitud de audiencia del representante de la plataforma "Prepare", entidad técnica encargada de la promoción y educación de la Profilaxis Pre-Exposición y estrategias de Reducción de Daños en VIH.

2.- Solicitud de audiencia de la Fundación Sida Maule, a fin de expresar su visión sobre la crisis del VIH en Chile



ACUERDOS

1. Oficiar al Ministro de Salud. Teniendo presente la materia objeto de investigación, acordó consultar a esa Secretaría de Estado las políticas y programas de prevención del VIH/Sida dispuestas desde el año 2010 a la fecha por ese Ministerio, 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 dicha información, durante el mismo período de tiempo.

Además, el detalle del trabajo realizado con organizaciones de la sociedad civil en materia de prevención del VIH/Sida durante el mismo lapso.

Finalmente, las capacitaciones llevadas a cabo en materia de VIH/Sida a los servicios de salud y el detalle de los presupuestos asignados a programas relacionados con VIH/Sida, durante el mismo período.

2. Oficiar a la Ministra de Educación. Teniendo presente la materia objeto de investigación, acordó consultar cuáles son las políticas y programas educacionales dispuestas por esa Secretaría de Estado, en materia de prevención del VIH/Sida en establecimientos educacionales, desde el año 2010 a la fecha.

3. Oficiar al Instituto de Salud Pública. Teniendo presente la materia objeto de investigación, acordó consultar a ese Servicio el detalle del trabajo realizado desde el año 2010 a la fecha, en materia de estudios de investigación relacionados con el VIH/Sida.

4. Al Consejo Nacional de Televisión. Teniendo presente la materia objeto de investigación, acordó solicitar a ese Consejo los estudios que tengan sobre campañas de prevención del VIH/Sida transmitidas en medios de comunicación nacional, desde el año 2010 a la fecha. En tal sentido, interesa a la Comisión conocer el tiempo que duran dichas transmisiones, los horarios en que se efectúan, y las personas que acceden a dicha información.

ORDEN DEL DIA

Expuso el **ministro de Salud, Emilio Santelices Cuevas** (ver anexo).

Para mayores detalles la sesión quedó grabada en <http://www.democraciaenvivo.cl/player.aspx?STREAMING=streaming.camara.cl:1935/democraciaenvivo&VODFILE=SES002-2221-20190319.mp4>. Por haber cumplido con su objeto, se levantó la sesión a las **17:50** horas.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS

Abogado Secretaria de la Comisión



TEXTO DEL DEBATE

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

La señora Secretaria dará lectura a la Cuenta.

*-La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Sobre la Cuenta, ofrezco la palabra.

Sobre puntos varios, ofrezco la palabra.

Corresponde a la comisión continuar con su cometido y dar cumplimiento a lo encomendado en el mandato, por lo que se ha citado al ministro de Salud, señor Emilio Santelices, quien asiste acompañado de su equipo.

En nombre de la comisión, les damos la bienvenida.

Tiene la palabra el ministro de Salud.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señorita Presidenta, me acompañan los señores Ángel González, jefe del departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS del Ministerio de Salud, y nuestros asesores legislativos.

Bueno, quiero poner a disposición de la comisión la visión global, los datos, los antecedentes, en el entendido de que, de acuerdo con lo que pude recoger del propósito de la comisión, se debe hacer un análisis de la situación de los últimos diez años.

Voy a mostrar algunas cifras de estos registros, pero voy a focalizarme, fundamentalmente, en el punto donde, como ministro de Salud, me correspondió hacerme cargo de la problemática.

Si la comisión tuviera requerimiento de alguna información adicional, está toda la información disponible en el ministerio y la pueden solicitar en cualquier momento. De tal forma que se entienda que, dado que me parece pertinente acotarme al período de la administración del Presidente Piñera, la información o las diligencias que se quieran hacer del período previo está disponible para la comisión.

En primer lugar, tenemos lo que ocurre desde 2010 a 2018 en cuanto a las tasas y a los nuevos diagnósticos de VIH en Chile. Claramente se puede observar que las tasas van aumentando progresivamente y, particularmente, tenemos



un aumento en los hombres por sobre las mujeres. Más allá de eso, debemos tener presente que esta es una problemática que cubre todo el espectro de personas, como lo veremos en las láminas siguientes, en una edad entre 19 y 39 años.

La relación hombres mujeres, al igual como ocurre en la mayor parte del mundo, es de alrededor de 5 a 1; es decir, claramente, hay una mayor prevalencia de hombres. Eso se mantiene en Chile y ha sido bastante constante.

Nuestra preocupación más importante está entre el grupo etario entre 19 y 39 años. Esto ha sido histórico, pero en términos absolutos se ve más manifiesto en el último período por este incremento que he señalado de las tasas de las personas que viven con VIH.

Aquí, aparece la nota de alarma y celebro que no me cabe duda de que lo que se va a recoger en esta comisión contribuirá al desarrollo de esta política pública, porque estamos en presencia de un problema que contrasta con lo que ha pasado en el mundo, en donde claramente hay estrategias que han logrado disminuir esta pendiente. Vemos en forma dramática que en Chile en diez años prácticamente se ha duplicado el crecimiento de pacientes que viven con VIH.

Ahora, cuando vamos desagregando toda la información, que es fundamental para el desarrollo de la política pública con distintas variables, como son la edad, el género, el origen y la procedencia, con el propósito de establecer fehacientemente desde la mirada sanitaria estrategias dirigidas para cada grupo objetivo, podemos observar que en Chile en 2015 hubo un porcentaje de pacientes de 88,5 por ciento y de extranjeros un 9,2 por ciento.

Esto como componente se va modificando y en 2018 los pacientes chilenos están en 62,4 por ciento y los extranjeros en 37,1 por ciento, lo cual está expresado en la presentación que dejaremos en la comisión.

Cuando lo hacemos por tasas ajustadas, desde el punto de vista metodológico –esto es muy importante porque debemos comparar dos poblaciones que en términos de universo son distintas, por eso se debe hacer el ajuste en relación con las tasas por 100.000-, observamos que la tasa ajustada de ambos sexos de casos confirmados, en los dos últimos dos años, en el caso de los chilenos es de 25,9 por 100.000, con 0,1 punto de diferencia porcentual, y en el caso de los extranjeros es de 70,9 por 100.000 para el primer año registrado, y en 2018 es de 127 por 100.000.

Cuando uno quiere buscar información de años anteriores, de personas de otras nacionalidades, no la encuentra porque recién se empiezan a



registrar datos en 2015. Esa información no estaba en la data, y por eso destacó solo los dos últimos años porque existe completitud de la información.

Otro dato que vale la pena consignar, a solicitud de ONUSIDA -este es un problema internacional-, es que recomiendan a los países, a partir de 2017, que las personas que vienen de otros países se les pregunte -es un cuestionario abierto que tuvo un cambio a partir de la recomendación de ONUSIDA- al momento de hacer el diagnóstico si tienen conocimiento de dónde adquirieron el VIH. Es un autorreporte que se consigna, como indiqué, en los dos últimos años.

Observamos que los extranjeros señalan, en 2017, que el 52 por ciento adquirieron el VIH en otros países, y si coloca otros países no necesariamente puede ser su país de origen.

La pregunta tiene por objeto conocer si fue en el país donde está ahora, en este caso Chile, o si adquirió el VIH en otro país. No se registra si es su país de origen, y por eso se pone otro país.

En 2018, en relación con esto, se incrementa la cifra a un 60 por ciento para esta consulta.

Las tasas de mortalidad, que es un tema que nos ocupa, tuvieron un incremento muy dramático en los años 96 y 97. Muchos recordarán que fue una época en que hubo una percepción del VIH como una enfermedad mortal, de hecho lo era, y las tasas de mortalidad llegaron sobre 5,9 por ciento en la población, siendo mucho más importante en el caso de los hombres.

Posteriormente, estas tasas se estabilizan, y en 2005 hacia adelante se han mantenido en niveles que oscilan, para ambos sexos, en alrededor de 2,5 por ciento, 2,9 por ciento y 3,1 por ciento de mortalidad.

Ese era el panorama. Cuando asumimos el gobierno el 11 de marzo nos dimos cuenta de que era necesario poner mucha energía y máxima ocupación al tema de VIH. Se inició un trabajo técnico muy intenso para dar curso al Plan Nacional de VIH.

Entonces, recibimos las observaciones de las organizaciones de la sociedad civil y de distintas autoridades que hacían ver que faltaba desarrollar un plan.

Por lo tanto, lo que hicimos fue entender que estábamos en presencia de un problema que no era político, sino de salud pública, y en ningún momento



perdimos espacio ni tampoco energía en buscar alguna responsabilidad por la situación que existía, entendiendo que las cifras están ahí.

Entonces, desde la primera autoridad del Ministerio generamos un equipo que abordó el tema desde salud, pero también desde el intersector –les voy a mostrar algunas iniciativas- para dar curso a este plan que ha ido evolucionando.

Al respecto, hemos adquirido lecciones que también las quiero compartir con ustedes; hemos consultado con especialistas de ONUSIDA, que es el referente internacional para este materia; hemos enviado a los especialistas a los distintos foros para recoger esas experiencias; hemos buscado en los especialistas nacionales de la sociedad de infectología. Dentro de la sociedad de infectología hay un subgrupo que está especialmente dedicado al VIH, porque no todos los infectólogos se dedican al VIH.

Es decir, dada la magnitud del desafío que tenemos no hemos dejado de golpear ninguna puerta ni de escuchar a ningún actor que aporte para ir mejorando, perfeccionando e intensificando este plan, cuyo objetivo general es disminuir la transmisión del VIH y de infecciones de transmisión sexual.

Al respecto, hago un pequeño alcance. La comisión nos está pidiendo hablar del VIH y del foco, pero les quiero señalar que están los registros, y no los quise traer para no perder ese foco, ya que también hemos tenido un incremento en otras enfermedades de transmisión sexual; por ejemplo, gonorrea, sífilis. También Clamidia. Es una enfermedad importante, que afecta preferentemente a las mujeres y que tiene efectos colaterales, porque es causa de infertilidad. Es un problema bastante invisibilizado.

Asimismo, otros de los problemas que debemos entender, que forma parte de esta problemática, es la tuberculosis. Actualmente, se está observando un perfil de tuberculosis que no tiene una presentación clínica evidente. Es una fase de tuberculosis que cursa de manera silenciosa.

También se ha comenzado a ver algunos cohortes, afortunadamente en números pequeños, pero también incrementales, de tuberculosis resistente, cuestión que también es compartida en el mundo. Pongo aquí el acento porque estamos en presencia de una tarea que tiene que ver con todas las ETS en su conjunto.

El segundo gran objetivo es disminuir la morbimortalidad por VIH SIDA, facilitando el acceso oportuno al diagnóstico, control y tratamiento.



Diría que esos son los dos grandes objetivos, pero hay objetivos específicos que, finalmente, nos van a permitir abordar y avanzar a ciertos objetivos generales. Uno de ellos es promover la salud sexual, la intersectorialidad y la participación social. Ese es un eje fundamental.

Cuando hablamos de promover la salud sexual, estamos hablando de educar, educar y educar.

Desde el Ministerio tenemos una única aproximación. Aquí estamos en presencia de una condición sanitaria, por lo tanto, nos corresponde abordar a todos los grupos más vulnerables y de mayor riesgo; por consiguiente, nuestra agenda no se puede mover y se tiene que mirar desde ahí.

Entonces, también concebimos que la educación sexual, desde el ámbito sanitario, 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 por ciento, otras de 10 por ciento y hasta 20 por ciento. Pero, en definitiva, el diagnóstico es que el preservativo se ha dejado de utilizar. Solo el 10 por ciento de las personas lo usa siempre, el 50 por ciento no lo usa nunca y el 30 por ciento lo usa a veces.

El señor **TORRES**.- Eso es indistintamente del tipo de relaciones que tengan: pareja única, estables. Indistintamente.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Indistintamente.

Pero agrego otro antecedente, diputado.

Nosotros tuvimos acceso a un estudio muy interesante hecho por el Movilh -que utilizamos como insumo- que analizó población de hombres que tienen sexo con hombres. Incluso, esa población, a sabiendas de que tienen una mayor incidencia, una mayor prevalencia, se observa un comportamiento muy similar, es decir, un porcentaje bajo lo utiliza siempre, 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*). Este también es un tema nuevo para Chile en poblaciones clave, donde deben aumentar la cobertura de los exámenes de pesquisa de VIH en la población y el diagnóstico precoz.



¿Por qué? Porque lo que tenemos hoy según ONU SIDA, es que existen 40.000 pacientes en tratamiento. 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, nosotros tendríamos alrededor de 30.000 personas sin saberlo. De ahí la importancia de ir a buscar este foco.

Como bien saben, la Organización Mundial de la Salud definió el 90-90-90. Es decir, los países deben acercarse a tener 90 por ciento de conocimiento de la población que vive con VIH; que el 90 por ciento tenga tratamiento y, de este, que el 90 por ciento sea 0 negativo.

¿Qué ocurre en Chile? Los dos segundos noventa ya los hemos alcanzado; sin embargo, nuestro eje, en esta etapa, está en el primer 90, es decir, en ir a conocer esa población. De ahí que facilitar el acceso y el diagnóstico precoz, es clave.

Otros objetivos son garantizar los antirretrovirales, en calidad también, y disminuir los efectos colaterales; promover líneas de acción orientadas a disminuir el estigma y la discriminación asociada al VIH. Esto es clave. O sea, el mensaje que nosotros queremos transmitir de manera nítida es que la sociedad tiene que entender que estamos en presencia de una enfermedad crónica, como cualquier otra.

A partir de esto, se desprenden otros mensajes, a saber, 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, en este período se ha promovido el acceso oportuno y la calidad de la atención de las personas que viven con VIH; 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, salimos a buscar, y, por otro, abrimos las puertas para que la gente llegue y una vez que se detecta que vive con VIH, vincularla a los equipos de salud para el inicio precoz de su tratamiento.

En marzo de 2018, se implementó el decreto modificatorio para el problema de salud VIH, a fin de ampliar la canasta GES de antirretrovirales para todos



los pacientes. Se actualizó el arsenal terapéutico. Ahí teníamos un problema, porque, como no estaba actualizado, había muchos enfermos que, por efectos colaterales, dejaban el tratamiento. Pero hoy, en Chile, se da tratamiento de última generación. Definimos distintos esquemas terapéuticos, dados el tipo de problema y los perfiles de población. El arsenal está disponible para que los especialistas puedan discernir cuál es el mejor tratamiento para cada paciente.

Por otro lado, cabe señalar que tenemos 40 centros de atención de TS a lo largo de todo el país. En 2018 se incorporaron cuatro centros: el de La Florida, en el CRS Cordillera, en el hospital Padre Hurtado y, desde el 4 de febrero, el de Maipú.

Para el fortalecimiento de la red, este año se incorporaron nuevos cargos de profesionales a la planta superior, como también el estatuto administrativo, de manera de apoyar a esos centros en su mayor demanda.

En relación con el presupuesto, tuvimos que incrementar el plan nacional hasta llegar a 113 mil 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 por ciento de la población; es decir, estamos previendo 10.000 nuevos enfermos con VIH en tratamiento. Esto se logró porque, por un lado, hicimos negociaciones con la industria, lo que nos permitió ahorrar 18 mil millones, y, por otro, logramos un acuerdo con el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para la compra de otro conjunto de medicamentos, lo cual nos significó un ahorro de 12 mil millones. Entonces, en la práctica, a este presupuesto le inyectamos 30 mil millones, lo que nos permitió hacer los cambios de medicamentos de última generación y aumentar las capacidades en la eventualidad de mayor demanda.

El PrEP es otro desafío en el que se está trabajando con el programa. La idea es entregar tratamiento pre- y posexposición a población de riesgo.

Existen criterios entregados por la Organización Mundial de la Salud 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 nosotros hemos recogido en los esquemas de tratamiento. Debemos considerar que esto es una terapia en sí misma, no una profilaxis, es precisamente para una población bien indicada, donde tiene que haber



seguimiento clínico, indicación y prescripción, porque también hay efectos colaterales. Entonces, hemos sido muy enfáticos en clarificarlo, para que no quede la sensación, frente a un antecedente parcial, de que estamos en presencia de un arsenal farmacológico para la prevención y que todas las otras medidas que preconizamos no tienen sentido. En términos simples, que compro mi pastilla y no tengo ningún riesgo. Eso no es así. Esto es para población de riesgo, bien definida, bien acotada, bien monitoreada y que tiene un protocolo de seguimiento en la Unidad de Transmisión Sexual.

En ese trabajo estamos. Es un tema sobre el cual hemos tenido algunas discusiones con Ángel González, porque le he insistido en acelerar el proceso. Sin embargo, él me ha hecho ver que hay una metodología muy rigurosa que debe respetarse, a objeto de avanzar gradualmente e instalarlo muy bien en cada uno de los centros ETS a lo largo de todo el país. Por eso, recogiendo el conocimiento de los expertos, estamos partiendo con los centros en la Región Metropolitana, para generar el estándar y después, de acuerdo con el conocimiento de cómo se registran los pacientes y cuál es el tipo de adhesividad que tienen, poder expandirlos a todo Chile.

Aquí hay otros datos que dicen relación con los exámenes de laboratorio y el proceso de consejería que debe tener ese tipo de enfermo para que sepamos resguardar su estado de salud.

A propósito del fortalecimiento de la Red, y para factibilizar la magnitud del esfuerzo que estamos haciendo, toda vez que nos corresponde hacernos cargo de esta problemática, hemos sido bastante enfáticos en avanzar no solo en el tema de educación, sino también en la disponibilidad de los preservativos. Aquí hay dos grandes líneas: los preservativos masculinos y los preservativos femeninos, que se compraron. Ustedes pueden ver que en 2017 se compraron 6 millones de preservativos masculinos; en 2018 adquirimos 21 millones y este año 22 millones. Comenzamos comprando 1 millón de preservativos femeninos. Teníamos la idea inicial de entregarlos solo en los Cefam a la población de riesgo, al igual que los condones masculinos, pero estamos evolucionando en la medida en que hay una demanda de parte de la población, que no es precisamente de las mujeres en riesgo, y también disponibilizarlos para ellas. Este es el camino institucional, por decirlo de algún modo.

También quiero compartir con ustedes que hemos iniciado un trabajo con las municipalidades y con el Instituto Nacional de la Juventud para que nos ayuden a generar los puestos de entrega, porque esto no está en el giro del Ministerio



de Salud, de modo que en distintos quioscos y lugares del comercio se disponibilicen condones masculinos y femeninos para quienquiera comprarlos a un valor muy asequible. Para ello, desde el punto de Salud, el único requisito que pedimos a las empresas que vayan a tomar ese camino, como lo hacemos con cualquier otro dispositivo sanitario, es que el importador tenga autorización del ISP a objeto de que no sea un producto inseguro, de mala calidad o con alguna otra condición.

A modo anecdótico, puedo decirles que fui a una serie de farmacias a preguntar cuál era la percepción o qué pasaba con los jóvenes cuando iban a adquirir condones. Efectivamente, este sería un factor que inhibe su compra por parte de los jóvenes. Ante esa realidad, preguntaba por qué no se exhibían en los anaqueles, afuera. En algunas partes estaban afuera, pero en otras no. Eso también me impulsó a acelerar esta conversación con municipalidades y el Instituto Nacional de la Juventud para que esas barreras, que pueden parecer nimias, apunten exactamente a que el joven no tenga ningún tipo de inhibición cuando requiera un preservativo.

Otro eje que sigue siendo fundamental es instalar el test rápido, el cual no estaba disponible en Chile. Había que empezar, por lo que partimos de inmediato por los centros de salud familiar. Hoy tenemos cubierto el 99 por ciento de las comunas y solo 4 municipios a lo largo del país no tienen... Tenemos un problema en una comuna de General Lagos, que tiene dos Cesfam, toda vez que la inestabilidad de la temperatura ambiente y fuera de rango hacen que en el test salga cualquier cosa. En Magallanes no está el tipo de consultorio y lo que se está haciendo es llevarlo con las rondas médicas. Además de los Cesfam, los hemos incorporados en consultorios generales, en más de 500 postas rurales, del total de alrededor de 1.100 que hay en Chile, y a hospitales de baja complejidad. O sea, los test rápidos están disponibles en más de 1.200 dispositivos sanitarios en el ámbito más local.

Nos iniciamos desde ahí, pero rápidamente advertimos que debíamos acelerar la entrega, por lo que dimos un siguiente salto. Por eso, al inicio de mi presentación, dije que esta era una construcción, que habíamos hecho todos los análisis y que habíamos sostenido todas las conversaciones necesarias, pero seguíamos en un proceso de mejoría. Esto nos llevó a salir extramuros.

Cabe señalar que entre septiembre 2018 e inicios de marzo de 2019 realizamos intramuros alrededor de 43.000 test, con una distribución, en cuanto al grupo objetivo, la mayor parte, entre 15 y 29 años. Avanzando en esto, durante el verano vimos que la vía -ya habíamos hecho un acuerdo con las 18 universidades estatales para realizar campañas y toma de test rápido en muchas universidades- era abrimos a una estrategia, la que llamamos "campaña de verano", que termina el 31



de marzo. Con todos los seremis nos coordinamos para salir a todas las comunidades. Para ese efecto, determinamos un día de lanzamiento y, simultáneamente, en todas las plazas o lugares públicos más relevantes de cada región, se hicieron test rápidos. A partir de eso, dimos el salto para salir extramuros a disponibilizar los test rápidos. En muchos lugares hicimos un trabajo adicional de educación –hay que agradecer el trabajo de los equipos de salud, particularmente de enfermeras y matronas- para el uso del condón femenino, porque habíamos pesquisado que una mayor parte de las mujeres no lo conocía y muchas de las que lo conocían no sabían cómo se utilizaba. Entonces, se diseñaron algunas prótesis que permitían simular la anatomía y, de esa manera, enseñarles a las mujeres, de manera amigable, cómo se debía utilizar el condón femenino, precisamente para avanzar en la disponibilización de esa protección. Tenemos algunas fotografías testimoniales que me pareció conveniente compartir con ustedes respecto del trabajo amigable, cercano y ciudadano que se realizó.

La idea es empezar a perder el estigma o temor de que esta es una condición que afecta a unos pocos. Como dije al inicio de mi intervención, esta es una condición que nos puede afectar a cualquiera.

¿Cuál es el recuento de la campaña de verano hasta ahora? Hemos realizado 21.300 test. En dos meses sobrepasamos la mitad de todo lo que teníamos el año pasado, lo que nos habla de que se está rompiendo una barrera y que familiarizarnos con el test es el camino indicado.

El paso siguiente es generar una cultura de que el test rápido hay que hacérselo todos los años.

Quiero ser enfático en que la incidencia a los reactivos que tuvimos fue de 0,3 por ciento. ¿Y por qué reactivo? Porque el paso siguiente a la persona que aparecía positivo se le tomaba una muestra de sangre, la cual se mandaba al ISP, para tener la confirmación y se dejaba el registro para ubicar a esas personas y mantenerlas adheridas al sistema. Lo que no podía ocurrir es que perdiéramos el contacto con esa persona; además, se le daba la consejería.

En la fotografía aparece la comuna de Concón y la ciudad de Magallanes, además de una persona que está en la playa...

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señor ministro, aparecen los porcentajes. ¿A qué se refiere el 0,30?

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- De los 21.000 test rápidos que se hicieron, el 0,3 por ciento salió... lo que es una buena noticia en esta población.



Les recuerdo que el número de incidencias en Chile es aproximadamente de 0,54 por ciento. A partir de ese dato se puede analizar por qué esa población podría tener menos. Por ejemplo, en los Centros de Salud Familiar (Cesfam) salió más bajo, porque mayoritariamente fueron mujeres las que se realizaron el test. Hace sentido que la cifra sea menor, porque en las mujeres hay menor prevalencia de contagio.

El trabajo de la sociedad civil es fundamental para nosotros. En términos concretos, cuando se hizo el plan con la sociedad civil, también los convocamos al desarrollo de este. Nos juntamos una mañana completa en torno a un taller que se realizó con todas las organizaciones civiles que quisieron participar, para exponerles las propuestas y enriquecerlas a partir de lo que a ellos le parecía que era necesario incorporar en virtud de su conocimiento y experiencia.

De esa actividad surgió el plan, el cual fue lanzado en conjunto, y en el que se ha trabajado desde que comenzó. Actualmente estamos en una labor específica con la sociedad civil que consiste en avanzar a otras poblaciones que tienen más acceso. Entonces, a través de las seremis se hizo un llamado a todas las organizaciones que estuvieran certificadas como tales, para que con fondos ministeriales dispuestos para este propósito y con un presupuesto de cuatro millones de pesos para cada una, en un período de tres meses y disponiendo de nuestros test rápidos, puedan hacer test en las poblaciones objetivo que ellos identifiquen y que no hayan sido capturadas en el test masivo que estamos haciendo y evaluando.

En cuanto a los proyectos adjudicados, nuestra idea es que se logre la participación activa de la mayor cantidad de organizaciones. Puede que sea un trabajo más tedioso y atomizado, pero la idea es que mantengamos la adherencia, porque creemos que la sociedad civil es nuestro colaborador natural. La cruzada contra el VIH es una cruzada sanitaria que involucra a todos los actores, por lo que debemos movernos en torno a ella y cada uno aportar desde su visión.

En la lámina expuesta están los nombres de las organizaciones que se adjudicaron proyectos en Antofagasta, en Maule, en Biobío y en Ñuble. No se estableció como restricción que una sociedad debiera adjudicarse solo una región, sino que podía hacerlo en más de una, en caso de que tuviera representación en varias regiones. Por eso muchas organizaciones ganaron concursos en distintas localidades. El fin último es convocar a la sociedad civil para que participe, y nosotros pondremos los recursos para que activen este trabajo.

Como dije al principio, tenemos que identificar distintos grupos, particularmente indígenas, con quienes también hemos trabajado. De hecho, la foto



en exposición se tomó en un encuentro de liderazgo juvenil-indígena, para trabajar en esta materia.

Con los pueblos originarios tenemos acciones estratégicas específicas. En 2018, se convocó a la Red Nacional de Pueblos Originarios (Renpo) a reuniones para analizar y diseñar el plan. Asimismo, participaron en el análisis y en el plan global cuando lo iniciamos en mayo. Se le instruyó a los seremis 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 podemos generar material educativo y llegar a esos subgrupos.

En síntesis, tenemos un diagnóstico y una situación que nos convoca a avanzar en la materia. Creemos que las tareas están desplegadas, pero debemos seguir profundizándolas. Sin embargo, estamos optimistas, ya que hemos tenido una buena recepción. Los jóvenes, la población objetivo mayoritaria, está tomando más conciencia al respecto. Como país sabemos que debemos avanzar en resolver esta materia que está pendiente y que nos apremia, por lo que debemos seguir avanzado en educación. Obviamente, existe una coordinación clave con el Ministerio de Educación, la que estamos fortaleciendo.

Durante este período, además de fortalecer el trabajo con la educación, el cual esperamos seguir profundizando, adoptamos acuerdos con las Fuerzas Armadas para abordar a los soldados, con el Ministerio de Justicia y con Gendarmería de Chile para llegar a la gente que se encuentra privada de libertad, con el Ministerio de Agricultura para acercarnos a los temporeros y con el Instituto Nacional de la Juventud, cuyo carro estamos usando para trabajar. De hecho, esta semana partiremos 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: ¡hazte el test!

La segunda etapa, que consiste en el trabajo interministerial, corresponde a aumentar el acceso al preservativo y facilitar su comercialización. Para ello nos movilizaremos 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. El problema es que ningún



cabro va a ir a un Cefsam un sábado en la noche, sin considerar que estará cerrado. Por eso queremos que pueda comprarlos en la botillería, en el minimarket, etcétera. Hablamos con las municipalidades para que nos orientaran sobre la forma de abordar a los comerciantes, porque ellas interactúan naturalmente con ellos, a fin de que estos dispongan de productos, entendiendo que deben ser seguros y de calidad.

El año pasado hicimos dos campañas, aunque según un estudio tuvieron poco impacto en lo que respecta a VIH. Efectivamente, la campaña que hicimos no trataba acerca del VIH, sino que estaba enfocada en levantar y relevar el eslogan “Hazte el test y usa el condón”. Claramente, estamos viendo los resultados obtenidos con la campaña, los cuales nos hacen pensar que el mensaje es esperanzador.

Cumplida la etapa de *shock*, de lanzamiento y de puesta a tono de nuestro país en un tema que se nos vino encima, existe una definición y en base a ella haremos una campaña de forma permanente durante 2019. Dicha campaña 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 que, a través de distintos medios, nos permita alcanzar una permanencia en el tiempo para generar un cambio cultural que nos lleve, efectivamente, a resolver esta situación.

Asimismo, a partir de la experiencia realizada, estamos evaluando la forma de sistematizar las campañas extramuro. Ahora fue un elemento de *shock*. Hemos convocado equipos de salud y voluntariado, y a partir de las evaluaciones que haga el equipo técnico, veremos la forma en que quedará sistemáticamente establecido el test rápido en distintos lugares y encuentros masivos que existan durante el año. De esa forma, podremos saber 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 no podemos olvidar que debemos rescatar a quien arroje un resultado positivo, con el propósito de hacerle seguimiento.

Obviamente, debemos fortalecer la aplicación de los test rápidos en la atención primaria de salud (APS) y en el trabajo con la sociedad civil.

Creemos que esta primera experiencia laboral concreta, más allá del estudio que nos ha dejado lecciones, nos ha permitido construir confianza y disipar dudas, y a partir de eso estamos en otro estado de madurez de esta relación, y con ellos también queremos construir el siguiente paso. Cuando terminen ese proceso,



en mayo, deberíamos estar en condiciones de evaluar los resultados, compartirlos con ellos y ver de qué forma vamos a avanzar.

Otra tarea que hemos pedido a la salud pública del ministerio, a propósito de educación, se debe a que en Chile no teníamos un estudio de comportamiento sexual de los jóvenes, y eso es clave. Debemos saber qué ocurre con el sexo en los jóvenes, para tener completos los antecedentes y ver claramente cuáles son los instrumentos educativos y los mensajes que deberemos construir al respecto. Ese estudio está en etapa de diseño, para poder desarrollarlo durante este semestre.

La señorita **MIX** (doña Claudia).- Gracias, ministro.

Quiero hacer un par de apreciaciones antes de ofrecer el uso de la palabra.

La primera es que, en varias oportunidades durante su exposición, usted habló que no existen grupos de riesgo. En un principio me costó muchísimo adquirirlo dentro del lenguaje, pero no existen grupos de riesgo, sino conductas de riesgo, porque finalmente usted plantea que a todos nos puede afectar o que todos estamos expuestos. Sería bueno, porque detrás de aquel comentario hay un sesgo discriminatorio.

Entendiendo que el programa ONUSIDA ha planteado que existen poblaciones claves y, por lo tanto, es en estas donde deberán depositarse como prioridad las políticas públicas, en hombres que tienen sexo con hombres, en los migrantes, en la población de pueblos originarios y en las mujeres, por cierto.

Entonces, para sacarlo del lenguaje, creo que sería necesario eliminar las poblaciones de riesgo, porque se trata de conductas de riesgo.

En segundo lugar, se ha dejado en cada una de las carpetas de las señoras diputados y de los señores diputados la metodología que nos habíamos comprometido a entregar, incluyendo el listado de invitados.

Por otro lado, tengo algunas dudas, que las voy a dejar para el final, para dar ahora la palabra y después plantear todas las consultas.

Tiene la palabra la diputada señora Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señorita Presidenta, saludo por su intermedio al ministro y a sus asesores.



Creo que él ha tocado prácticamente todos los textos en que se podría decir que se circunscribe el trabajo o las áreas de trabajo en relación con el VIH Sida, pero me quedé con algunas inquietudes.

La primera dice relación con la píldora que previene el VIH, que se anunció como parte del plan nacional de VIH Sida en mayo del año pasado, que es la profilaxis de preexposición, porque también estaba en ese anuncio a fines del año pasado. Se dijo que iba a estar disponible a partir del primer trimestre de este año. Consulto si eso está disponible a partir del primer trimestre de este año, porque estamos a una semana o diez días de terminar el primer trimestre.

En segundo lugar, respecto de los *tests* rápidos, mi percepción, por lo menos según lo que veo en mi región, es que la aplicación de esos *tests* no ha sido muy eficiente en atención primaria, aunque no sé cuál es la situación, pero sí tengo claro que en abril el ministerio dio a conocer que se iban a realizar cerca de 1.650.000 exámenes de *tests* rápidos entre 2018 y 2019, y el ministro, cuando habla de la campaña de verano y dice que se han tomado más de 21.000, señala que ya llevan más de la mitad de lo que se tomó el año pasado. Por lo tanto, si el año pasado fueron 40.000, más 21.000, son un poco más de 60.000, agreguémosle una yapa y tenemos 100.000, pero la meta es 1.650.000 en dos años.

Quiero saber cómo ve eso el ministerio.

Entiendo que también se debe a eso el interés de trabajar con las organizaciones comunitarias, de hacer estas licitaciones y entregarles 4 millones de pesos.

En ese sentido, me parece bien volver a trabajar con las organizaciones, porque eso se echaba de menos. La verdad es que está todo como enfocado a tomar el examen, hacer el diagnóstico, y que las personas que tienen el virus tomen su medicación y no lo sigan repartiendo, no lo contagien, pero, desde el punto de vista preventivo, quiero preguntar por los temas de educación, porque nosotros, como Cámara, tenemos una evaluación. Aquí, hay gente de la Biblioteca del Congreso Nacional que hizo hace poco una evaluación respecto de una de las leyes que se han dictado a propósito de educación en materia de salud sexual en los colegios, y entiendo que el Ministerio de Educación debía dictar un reglamento y no lo ha dictado.

No sé desde hace cuánto tiempo está en deuda, no tengo idea, tampoco me interesa saber si es de esta administración o de la anterior, me da lo mismo; lo que me interesa saber es de qué manera estamos pensando en abordar



esto preventivamente de modo más integral, o sea, desde la educación, desde el nivel parvulario, ya que, como dijo el ministro, ha habido instituciones académicas que han dicho que no están llegando a quienes deben llegar y que el mensaje no ha sido bueno. Ahí creo que no tiene que culpabilizar a nadie.

A nosotros -creo interpretar a varios, por un tema de edad- nos parece escandalosa la letra del reguetón, que es la música que creemos que escuchan los jóvenes, pero la verdad es que están escuchando cosas muchísimo más severas, más graves, y nosotros no vemos ni siquiera la punta del iceberg de lo que están viendo los jóvenes.

En Antofagasta se están contagiando nuestros adolescentes y eso está relacionado con el tráfico de drogas y de otras cosas, porque los jóvenes se prostituyen para obtener recursos que destinan a adquirir drogas.

Mi tercera pregunta está enfocada desde ese punto de vista, desde la prevención.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, quiero saludar al ministro, a quien esperábamos ayer.

Entendemos que usted no pudo asistir por la campaña de la influenza, pese a que fue cuatro horas antes de la citación. Entiendo que la campaña no para, dos meses.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Para nosotros no para a ninguna hora. Créame, diputado, nuestro compromiso con la salud pública no para.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Solamente quiero que ojalá se produzcan los encuentros cuando están convenidos.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Lo desafío, diputado, a que vea los registros de este ministro, para ver si ha venido a todas las reuniones que han pedido, porque para mí es de la máxima importancia poder trabajar en conjunto con quienes estamos haciendo política pública, y creo que la Comisión de Salud es uno de los vehículos importantes que tenemos en nuestro país para trabajar en conjunto, y lo valoro enormemente, diputado.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Muy bien, quiero preguntarle por qué hace seis semanas se instaló la idea de que los migrantes eran los responsables del alza del VIH.



Por qué, cuando todos, al ver las cifras observamos que siempre el fenómeno ha sido local, nacional, y hay una fracción minoritaria y que efectivamente corresponde a migrantes, quienes experimentaron un alza dentro de ese segmento.

¿Por qué se instaló esa idea que generó -para qué vamos a hablar del detalle de esto- una gran confusión y un estigma que era impropio, incluso con las comunidades de migrantes, con los sectores que Chile busca acoger?

Luego se dijo que la píldora del día después tenía que ver con esto, al ser distribuida y usada, lo cual es francamente marginal, y ustedes lo saben. Se usa bastante menos de lo que todos quisiéramos, se despacha mucho menos y se pide mucho menos en los centros de salud de lo que todos pudiéramos advertir, y no hablo solo de los casos de abuso sexual, sino también de las relaciones sexuales no protegidas, donde todavía no existe cultura suficiente. Me encantaría que la demanda fuese mayor, pero no la hay en cantidad suficiente.

Tampoco se podría pensar que el reemplazo en la píldora del día después sería una fuente de contagio, como consecuencia de no usar preservativos, sino píldora del día después. No se entiende.

Entonces, primero quiero colocar las cosas en su lugar, porque no había habido oportunidad antes, para que, a partir de los hechos, podamos delimitar en qué punto nos encontramos como país. Efectivamente, el país tiene un problema, y lo tiene hace por lo menos dos o tres años, en que hemos estado encabezando los *ranking* internacionales de mayor tasa de incidencia sobre la materia.

En mayo se anunció un plan y hubo una campaña comunicacional en octubre y noviembre en adelante.

Por lo tanto, me gustaría preguntar cuál es la evaluación del Ministerio de Salud respecto de la campaña, la que ha tenido distintas opiniones. Me imagino que hay una calibración del resultado costo-beneficio, o sea, cuánto hemos invertido en esto y qué retorno está teniendo en el segmento vulnerable de poder reaccionar a la campaña. Diría Chile tiene una disciplina sanitaria bastante ejemplar, pero también la gente necesita señales muy claras, no oblicuas o débiles, sino que señales precisas para saber hasta dónde esta pandemia está socavando hoy a muchos sectores que no tienen aún la consciencia suficiente de la campaña.

También me gustaría entender qué rol está teniendo la ministra de Educación –vamos a invitarla en su minuto- porque es imposible plantearse educación sexual si no hay capacidad de dialogar sobre los temas de la educación sexual.



Me ha tocado ir con personal de la salud a institutos profesionales, a establecimientos universitarios, donde uno pregunta cosas básicas de la biología sexual y se ignora, se desconoce muchas veces.

Creo que es inevitable una campaña desde el Ministerio de Salud o desde el Ministerio de Educación sin una línea de educación sexual, donde lamentablemente en otros períodos recientes hubo mucha reticencia por parte de sectores muy conservadores. Recuerdo a las Jocas y distintos momentos en que esto fue aplastado por sectores que hoy tienen su espacio en el Ejecutivo, en el Gobierno.

En materia de educación sexual me gustaría entender cuál es el límite y qué tenemos al respecto.

Señor ministro, revisando internet y yendo a las farmacias se observa que hoy el test rápido no está en las farmacias. ¡En ninguna!

Recorrí muchas farmacias, las distintas cadenas de farmacia, y no se trae. Voy a internet, en Mercado Libre, y un test rápido de VIH vale entre 6 mil y 8 mil pesos. Sin duda, está en los mil y tantos dispositivos de salud.

Entonces, ¿por qué no está en las farmacias? ¿Qué está ocurriendo? Porque alguien podría decidir comprarlo, a cualquier hora, en un día determinado, porque cuesta un poco más que una cajetilla de cigarrillos. Entonces, ¿por qué no está disponible?

¿Es un problema de las empresas farmacéuticas? ¿Es un problema de distribución? ¿El precio es el problema?

Lo puedo adquirir por internet, me llega en un día, pero no puedo ir a comprarlo a una farmacia.

También uno se pregunta cuándo va a estar disponible en establecimientos de libre venta, como se ha dicho, en botillerías, en discotecas, en *pubs*.

¿Cómo se armoniza esto? Quiero comprender cómo se da el punto de equilibrio para que en los puntos de venta naturales de medicamentos y dispositivos, como son las farmacias, esté disponible el autotest.

He dicho.

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



El señor **GAHONA**.- Señorita Presidenta, más o menos en la misma línea de lo que planteaban la diputada señora Marcela Hernando y el diputado Juan Luis Castro respecto de cómo se está trabajando con el Ministerio de Educación. Hay ausencia de reglamento de educación sexual, lo que dificulta un poco la implementación que la ley N° 20.418.

El Departamento de Evaluación de la Ley hizo un estudio sobre el tema y sería bueno, como lo sugerí, que fuese invitado para que exponga sus conclusiones respecto de esta materia.

Tengo la impresión de que el Ministerio de Educación ha estado un poco ausente, más allá de los convenios que se puedan hacer para el tema de las universidades, pero eso más bien depende de las universidades propiamente tales y no necesariamente del Ministerio de Educación.

También quiero saber qué se está haciendo para aumentar el acceso de los adolescentes a los Centros de Salud Familiar y abordar estos temas, y la coordinación que hay con el Ministerio de Salud.

Quisiera saber cuál ha sido el esfuerzo y la disposición del Ministerio de Educación para esclarecer esta coordinación con Salud a fin de abordar este tema no solo desde la perspectiva del test rápido, sino que también desde la perspectiva preventiva, de la formación y educación desde la etapa preescolar. Los especialistas nos podrán decir cuál es la mejor etapa para enfrentar esto, pero creo que ahí tenemos un déficit y me gustaría saber cómo lo ven desde el Ministerio de Salud.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, una precisión. Me olvidé de preguntarle al ministro cuántos test rápido se hicieron durante el verano y hasta la fecha, desde diciembre hasta ahora, y sus resultados.

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

El señor **ROSAS**.- Señorita Presidenta, saludo al ministro y a su equipo de trabajo.

Algunas de mis preguntas ya las hicieron mis colegas. Solo me quedan dos dudas respecto de los medicamentos antirretrovirales. Se mencionó que se hizo cierta negociación para la compra con la OPS.



Dado lo que va a significar el aumento de pesquisas, ¿se ha pensado en intervenir las patentes de esos medicamentos? Porque el gasto en antirretrovirales es de los más costosos dentro de lo que paga el Ministerio en fármacos. Es un poco más de 113 mil millones. Se acerca a lo que se paga en diálisis, que es una de las grandes cargas en el presupuesto del Ministerio.

¿Se ha pensado en ver el tema de las patentes y cómo se negocia, así como se hizo con el medicamento para la hepatitis, para generar que Chile baje los precios de sus medicamentos o que exista alguna exención tributaria?

Es un tema importante respecto de la carga financiera que se viene, dado que las 30 mil personas que hoy viven sin saber que tienen Sida en algún momento van a saberlo. Esa es una aprensión.

La segunda, que no se ha mencionado entre las preguntas que han hecho mis colegas, es respecto de la focalización. Se entiende que se realizaron 21 mil test en verano, con una positividad de 03, lo que significa que solamente 63 pacientes se detectaron, y eso es bastante marginal respecto de los 30 mil que no saben.

Por lo tanto, uno espera que tengan alguna reacción respecto de cómo focalizar mejor, y si acaso es más eficiente sumar el hecho de que estén disponibles los test en farmacias, tal cual lo hemos planteado desde el inicio, cuando solicitamos los test rápido para Chile, porque la crisis indica que hoy tenemos a 30 mil personas que no saben que tienen Sida y están en las calles.

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

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señora Presidenta, quiero preguntarle al ministro de Salud cuántos de los test rápido del 0,30 resultaron verdaderos positivos.

En definitiva, si queremos conocer 630 personas, tenemos que hacer 200 mil test, y así los múltiples correspondientes. O sea, el número de exámenes que hay que realizar es altísimo, y eso lo entiendo más bien cuando habla el ministro de intramuros y extramuros.

Creo que hay un tema súper importante que tiene que ver con cómo hacer para que se amplíe la relación con la sociedad civil para que se puedan alcanzar esos números. Si no hay relación con la sociedad civil esos números no se van a alcanzar. Es elevadísimo para tener un "N" bastante aceptable o bastante positivo



para el número de personas que no están diagnosticadas. Ahí hay una cuestión que es relevante.

Existían los CRIAPS, que me parece que no están funcionando.

Un **INVITADO**.- Sí, funcionan.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Es una buena estrategia tenerlos en funcionamiento.

Respecto del tema de la terapia antirretroviral, le consulto si hay seguridad en su disponibilidad, porque en algún momento no estuvo asegurada.

Para terminar, quiero decir que la conducta de riesgo definitiva es la de sexo de hombres con hombres, y las tasas están en esta naturaleza porque el 60 por ciento de los extranjeros sabían que eran positivos, y probablemente ocurrió, como ha ocurrido en muchas ocasiones, que migran buscando tratamiento, y como en Chile está asegurado, esa migración se produce, justamente, por la búsqueda de tratamiento más que por la conducta de riesgo propiamente tal.

Entonces, hay que despejar esos juicios.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señor ministro, una de las cuestiones que me llama la atención –lo conversé con el director del Hospital El Carmen- es la preocupación que tenía sobre la disponibilidad de los infectólogos, a nivel país. Incluso, me atrevo a compartir un comentario en términos de que la cuestión sería muy compleja, porque los infectólogos funcionaban casi como un cartel, a nivel nacional, y que, por tanto, era muy difícil conseguirlos, a costo de valor público, para que fueran a esos centros de atención pública. Por supuesto que es un problema que nos preocupa, porque no solo nos interesa que se terminen de habilitar todos los centros comprometidos, sino ese en particular, por cuanto no podía iniciar su funcionamiento por no tener los profesionales que requería.

Por otra parte, cuando habla de ajustar el plan, después de este año de gestión, producto de la evaluación, no me queda claro en qué ámbito han hecho la autoevaluación. No me queda muy claro, porque hay cifras que se repiten. Tenemos claridad de que el año pasado se redujo el presupuesto en 5.000 millones de pesos. Por lo tanto, queríamos saber cómo afecta esta reducción de presupuesto en este nuevo plan de VIH Sida y cómo ajustan ese plan. No me quedó claro en qué ámbitos. Comparto la preocupación planteada por los diputados en relación con el trabajo en conjunto con el Ministerio de Educación. Pero también quiero conocer los planes de educación que se están llevando a cabo en el consultorio, más allá del uso del preservativo: si se está entregando material, si hay videos de promoción, etcétera.



El año pasado, en la Comisión de Salud, cuando hablamos de la entrega de los preservativos, tanto masculinos como femeninos, se nos entregó un detalle sobre dónde debían ser entregados, pero no tenemos el detalle de cuántos y dónde se entregaron. Esa información nunca llegó a la comisión: ni los test rápido ni la entrega de preservativos.

Aunque lo planteó en su presentación, otro tema que nos preocupa es por qué cambia la distribución o la aplicación de los test rápidos. Entendemos que son necesarios para identificar a la población que todavía no sabe que vive con VIH. ¿Qué se está haciendo paralelamente?

Se usaron varios conceptos cuando se refirieron a cómo incidía la población migrante en el aumento de casos, a propósito de la pregunta del diputado Castro. Entendemos que los migrantes ya vienen identificados y algunos ya tratados que al ingresar al país deben ser registrados, pero no son casos nuevos.

Entonces, en definitiva, ¿cómo ha incidido la aplicación de estos test en la detección de personas que no saben que viven con VIH? Por eso la crítica cuando se transfiere responsabilidad al migrante, que ya viene identificado.

Tiene la palabra ministro.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señorita Presidenta, solicito que le conceda la palabra a Ángelo González, para que se refiera al PrEP.

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

El señor **GONZÁLEZ**.- Buenas tardes.

El PrEP es la profilaxis preexposición que es entregar terapia antirretroviral a un usuario sano. Antes de entregarlo y generarlo como estrategia, hay que tener varios planteamientos:

Uno, no es un comprimido mágico. Entonces, entregarlo a la red sin haber tenido un protocolo previamente establecido, era complejo, porque, como ministerio, no solo queremos entregar un comprimido, sino generar un cambio de conducta. Por eso, la entrega del comprimido tiene que ir asociada con otros mecanismos, como la educación o la consejería, para que el usuario entienda que si requiere PrEP es porque tiene una conducta de riesgo. Por tanto, se le instruye sobre qué hacer para disminuir su posibilidad de contraer alguna infección de transmisión sexual, dentro de esas, el VIH.



Adicionalmente, como dijo el ministro, han aumentado las tasas de otras enfermedades de transmisión sexual que no son el VIH. Entonces, existe la percepción de que si se accede al PrEP hay menos posibilidades de contraer otras infecciones, pero no es así, pues el PrEP protege exclusivamente del VIH. Si no se usa preservativo, pero sí el PrEP, hay una alta posibilidad de infección de sífilis, gonorrea, etcétera. Producto de esto, teníamos que tener un protocolo maduro para poder implementarlo donde estén todas las prestaciones definidas. Como dije, no solo se trata del comprimido, sino también de que los profesionales estén capacitados en inmunoprofilaxis en otros ámbitos, como en vacunación contra la hepatitis B, que es una infección de transmisión sexual; contra la hepatitis A, que hasta antes de 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 de 2015, se asoció a una infección de transmisión sexual por prácticas de sexo buco-anal. Tradicionalmente, se recibió inmunoprofilaxis para el virus papiloma humano, que también tiene las mismas posibilidades de contagio. Producto de lo anterior, tenemos que entregar una prestación redonda, que asegure calidad al usuario.

En base a esto, la fecha de implementación va a ser en junio de este año.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- ¿Por qué lo anunciaron para el primer trimestre?

El señor **GONZÁLEZ**.- Como bien dijo el ministro, uno tiene que aprender de las experiencias. Entregar una prestación inmadura sería tremendamente irresponsable. Por eso, hoy, responsablemente decimos que a partir de junio de este año entregaremos la prestación.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señorita Presidenta, a propósito de lo que señaló el diputado Castro, esta instancia es extraordinariamente importante para clarificar cómo tenemos que avanzar en las políticas públicas. Lo valoro enormemente. No me cabe duda de que la inspiración del diputado Castro es la misma. La mejor prueba de ello es que traigo a colación una declaración de él de 2017, cuando dijo: “es muy grave que estando hace un año preparado, la nueva canasta de prestaciones y terapias antirretrovirales para el VIH, hasta el día de hoy, ni el Ministerio de Salud ni Hacienda han dado financiamiento para actualizar terapias como las que hoy se usan para el VIH...”. También, señaló que: “es insostenible que en Chile, en el siglo XXI, no exista campaña promocional, se destinen ínfimos 400 millones de pesos...”. Yo creo que eso habla muy bien de lo que aquí ocurre.

El señor **CASTRO**.- Una preocupación permanente, no de ahora.



El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- El diputado Castro da cuenta de una situación, y nosotros vamos mejorándola.

En este espacio de seriedad que nos convoca, quiero hacer una precisión: Aquí no ha habido ninguna insinuación, desde la autoridad, en el sentido de que el incremento del VIH se debe a los pueblos migrantes.

A veces, con un ánimo distinto al sanitario, se tergiversan las palabras y los dichos. No hay forma más certera de avanzar en política pública que hablar desde los hechos. Por eso, me voy a permitir leer lo que señalé, cuando tuvimos las cifras el año 2018. Están los registros disponibles, porque me parece que es muy importante. Después, quiero asociarlo con los hechos concretos de cómo hemos seguido trabajando.

Nosotros tenemos el registro de pacientes que tienen VIH, nuevos pacientes con VIH. De 2018, ya tenemos el registro completo. Lo que se había informado era solo hasta noviembre, dado que esto ocurrió en una fecha en que ya se conocía una cifra por parte de los médicos.

Lo que pudimos constatar es que entre 2017 y 2018, el ISP registró 1.130 nuevos pacientes con VIH en Chile, haciendo referencia al incremental; es decir, al aumento entre un año y otro. Cuando uno desagrega esta cifra, este incremental, puede encontrar que la mayor parte de esos pacientes es extranjero.

A continuación, señalamos que se produce un nuevo cambio de perfil epidemiológico, en el cual tenemos que asociar un nuevo grupo para hacer la focalización de las estrategias. Lo que quiero dejar meridianamente establecido es que, desde el punto de vista de la salud pública, como ocurre en todo el mundo, cuando uno revisa la literatura, descubre que en algunos lugares hablan de afroamericanos, en otros hablan de latinos y en otros hablan de otros orígenes, porque el tema de la inmigración es global y desde esa seriedad debemos mirarlo. Y no porque nosotros lo visibilicemos, vamos a generar una sensación de xenofobia ni nada parecido. Quiero destacarlo, porque creo que es extraordinariamente importante. De hecho, nosotros nos hemos reunido con las comunidades, a fin de trabajar con ellos. No quiero entrar en detalles, para que no se malinterpreten o no se usen adecuadamente mis palabras.

A Chile han llegado distintas culturas, que tienen distintas percepciones de riesgo y distintas tradiciones sanitarias. Nosotros nos hemos acercado a ellos, por ejemplo, para decirles a las mujeres que deben controlar sus embarazos y, para el caso que tuvieran VIH positivo, contamos con uno de los



programas más robustos de Latinoamérica. Entonces, nada más lejos estamos, este ministerio y este ministro, de querer dar una señal en el sentido contrario. Lo que queremos es acoger. Y por eso, desde la seriedad de esta solemne comisión, los invito a recoger las palabras tal cual son. Evidentemente, a veces, el fragor de la conversación mediática puede prestarse para hacer síntesis equívocas, pero este es el momento para clarificar. Por eso quise traer, meridianamente claro y transparente lo transcrito, que está en los registros, que son públicos. Esa es nuestra posición, posición que está en el ADN de nuestro quehacer como salud pública, la que hoy estamos formalizando acá.

Dicho lo anterior, quiero referirme a algo que se señaló en relación con la píldora del día después. Al respecto, ocurre algo muy parecido, y forma parte de una transcripción, y está el registro.

Aquí hay un elemento importante, y por eso estamos poniendo el foco en hablar abiertamente de VIH, porque se ha perdido la percepción de riesgo. Actualmente, se perdió la percepción de riesgo. Hoy día los jóvenes no usan condón, hay cifras que dicen que menos del 14 por ciento lo hace. Afortunadamente, las personas que viven con VIH no se mueren, hay tratamiento y en Chile todos tienen cobertura. Y esto es algo que debemos celebrar. Hay tratamiento y hay cobertura universal y gratuita; por eso, los jóvenes no usan condones.

El otro elemento, y aquí lo puntualizo porque efectivamente lo he señalado, es que cuando apareció la píldora para evitar el embarazo, las personas dejaron de usar condón. En ningún caso uno puede cortar las frases y decir que a causa de dejar la píldora... el VIH; o sea, el que alguien pueda mal usar toda una conversación y cortarla, tiene otro espíritu, otra inspiración.

Por eso quise traer y transcribir. Me desafié a mí mismo, porque si yo hubiese cometido la imprudencia de hacer dicho algo distinto, habría venido aquí a dar disculpas. En cambio, he venido a clarificar, porque creo que en la medida en que nosotros avancemos con la verdad, de manera transparente, con lo que nos mueve, vamos a resolver el objetivo que nos convoca: tenemos un problema país mayor; tenemos un VIH que debemos controlar.

En relación con la educación sexual, claramente, por ley existe una educación sexual que se tiene que hacer con los colegios y desde los colegios. Nosotros, de cierta forma, mandatamos al Ministerio de Educación, y le hemos pedido a la ministra que nos levante un informe que nos indique hasta qué punto eso se está haciendo, porque precisamente, creemos que tenemos que avanzar desde los colegios en un marco muy claro, que sea la comunidad educacional la que defina cuál



va a ser la agenda que va a llevar. Lo que estamos pidiendo, formalmente, es que se profundice en la educación sexual, sin eufemismos, y si la comunidad escolar define que en el colegio se van a hacer test rápidos, por ejemplo, o se van a disponibilizar condones para un grupo específico, porque la comunidad escolar así lo promueve, eso debe formar parte de lo que la comunidad decida, porque nosotros, como lo dije antes, estamos enfocados en una tarea sanitaria y la educación es un brazo fundamental para nosotros. Y esa conversación está desplegada y la ministra de Educación la comparte. Lo que estoy esperando es saber cómo se está avanzando. El resultado de lo que ella ha pedido a los seremis de Educación, en su momento, cuando reciba esa información, se las haré llegar.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para extender la sesión en quince minutos?

Acordado.

Puede continuar, ministro.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Sobre el autotest, también hay una elección. Lo que nos han señalado los organismos internacionales es que el autotest es el siguiente paso, porque primero tenemos que instalar en la conciencia que hacerse el test no es solo para saber si tengo o no tengo SIDA, sino que, además, conlleva adherir a un sistema que me va a capturar, para control y tratamiento. Se nos ha dicho que instalemos primero el test rápido; que socialicemos bien que todos se hagan el test rápido, de modo que después instalemos el autotest. Y ahí vendrá el tema de dejarlos en la farmacia, para que cualquiera se lo haga. De esa forma, vamos a tener una población que va a tener internalizada la idea de que el hacerse el test bajo ese acceso lleva implícito el deber incorporarse al sistema sanitario. Si nosotros los instalábamos juntos, por así decirlo, permitiendo hacerse el autotest donde uno quisiera, el riesgo que corríamos, y eso es parte de las observaciones, era que algunos no se lo hicieran en el lugar ideal, que es asociado a un equipo de salud, porque de esta forma, si sale positivo, ya tengo el RUT, para hacer el seguimiento. Entonces, podríamos haber perdido un porcentaje de población que nunca íbamos a capturar, porque no iba a saber qué hacer después. El autotest está en la agenda y nosotros tenemos que evaluar en qué momento lo vamos a poner a disposición, y las farmacias pueden ser una opción, sin lugar a dudas.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- ¿Cuándo se va a hacer eso, ministro?



El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Creo que hay que tener claridad en los objetivos más que poner una fecha. Lo que tenemos que saber es qué va a ocurrir, a propósito de los test rápidos, cuando termine marzo; qué va a ocurrir con los test rápidos que están haciendo las organizaciones de la sociedad civil, y con eso determinar cuál es el grado de cultura y cómo vamos a hacer la encuesta de educación sexual. He conversado con muchos jóvenes y, para muchos, el sexo oral no es sexo. Este es un tema que hay que tomarlo como tal. Algunas jóvenes dicen que así mantienen su virginidad; sin embargo, no tienen conciencia del papiloma humano. Hay países en que ha aumentado el cáncer laríngeo, lo que está asociado al aumento de la prevalencia del papiloma virus. Es un tema respecto del cual tenemos que ser tremendamente audaces, por un lado, en el sentido de avanzar de la forma como lo estamos haciendo, pero también cuidadosos, en el sentido de que las estrategias las vamos socializando y resolviendo a partir de los resultados de la experiencia.

Si usted lo permite, Presidente, Ángelo González agregará algo en este tema.

El señor **GONZÁLEZ** (don Ángelo).- Estimada Presidenta, quiero tocar un tema que usted mencionó y que es importante de aclarar, porque va a tener repercusiones durante el año y por mucho tiempo. Me refiero a los inmigrantes y al diagnóstico en Chile. Independientemente de que alguien haya sido diagnosticado en el extranjero, para poder ingresar a las garantías GES del país, me tengo que repetir el examen en Chile. Al presentar estos datos a los organismos internacionales, como Onusida, independiente de que ese usuario ya venga diagnosticado y con tratamiento desde hace diez años en su país de origen, son incidencia para el país.

Entonces, cuando Onusida vuelve a presentar los famosos resultados de los años anteriores, en los que se nos comparaba con África subsahariana o con otros países que no estaban tan adelantados, lo más probable es que este año pase algo muy similar.

Es importante que todos los chilenos lo tengamos claro, me refiero a que no es necesariamente incidencia, sino diagnósticos de nuevos casos en el país. Ello, porque independiente de si el usuario venía diagnosticado de su país o no, a pesar de que estamos completamente conscientes de que no es incidencia, para Onusida sí es incidencia.

Entonces, cuando comparen los resultados podrán señalar si Chile tuvo un aumento explosivo de casos nuevos y de nuevas infecciones en su país, lo



cual no necesariamente es real. Esa conversación la hemos tenido, pero epidemiológicamente al estar diagnosticado en Chile se considera incidencia.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señor González, pero esa población que ya se va a considerar como población incidente, al estar bajo tratamiento, ¿no contagia? ¿Eso es así?

El señor **GONZÁLEZ**.- Señora Presidenta, me encantaría decir que sí, pero no es así. Sucede que los migrantes no tienen acceso a tratamientos en su país, por eso llegan al nuestro.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- En eso estamos de acuerdo, pero al llegar al país quedan registrados y deben recibir un tratamiento.

El señor **GONZÁLEZ**.- Así es. Una vez que comienzan terapias, se vuelven indetectable, pero la mayoría si migra a Chile es porque no tiene acceso a tratamiento; por lo tanto, ya vienen con carga viral detectable. La posibilidad de que transmita con carga viral detectable es real.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Tiene la palabra el ministro de Salud, señor Emilio Santelices.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señora Presidenta, siguiendo con las preguntas.

A propósito del uso adecuado del lenguaje, el diputado Rozas se refería al SIDA. Como nosotros también estamos educando, y todos ustedes son líderes de opinión, les aclaro que tenemos que hablar de VIH y de SIDA, pues son dos cosas totalmente distintas. Lo que estamos haciendo acá es combatir el VIH. ¿Por qué es importante? Porque tenemos que acostumbrarnos a que es diferente; por ejemplo, si decimos que una persona vive con VIH, es como si viviera con sarampión, porque tuvo la enfermedad.

Lo que quiero decir es que tenemos que llegar a profundizar en nuestra cultura; es muy distinto tener SIDA, que una enfermedad ya establecida, donde la persona tiene riesgo de muerte o de descompensaciones respiratorias o de otra índole.

No olvidemos que el vocabulario construye realidades. Entonces, por favor, hablemos de VIH, hablemos de que una persona es “portadora de VIH”, como puede ser portadora de un virus “X”, “Y” o “Z”. En la medida de que nosotros transmitamos eso con profundidad, con generosidad, con naturalidad y hagamos una



conversación y no una disputa política del tema, créanme que vamos a estar entregando valores a nuestra sociedad.

Yo vengo a pedirles que me ayuden y a que nos ayuden, porque es una tarea de todos. Aquí no sobra nadie.

Nos han tergiversado, nos han hecho acusaciones, pero ninguna de ellas tiene importancia, por eso no las hemos contestado, porque no nos podemos distraer ni un minuto. Nuestro adversario –los miro a todos a los ojos para decirlo- no es ninguno de los que está acá, sino que es el VIH.

Les quiero pedir que todos nos tomemos de las manos y que cada uno aporte desde allí.

Siguiendo con las preguntas, respecto del coeficiente de correlación entre test rápido y confirmación, la literatura dice que es sobre el 90 por ciento; es decir, que cuando hago un test que es reactivo dice que es 90 por ciento, pero en la práctica se ve que en distintas muestras –en Chile todavía no- es de 50 a 60 por ciento. Para explicarlo mejor, de un grupo de test rápido, el 60 por ciento va a ser confirmado positivo. Por eso nosotros insistimos en que el reactivo es solo eso y nada más. Hablamos de reactivo, no de VIH.

Ahora, como las casuísticas todavía son pequeñas, solicitamos al Instituto de Salud Pública (ISP) que nos diga, como ya vamos a tener un número grande de casos, de test, pero no todavía positivos, estamos acumulando casuística para llegar a tener un universo suficiente para saber si acá en Chile cuál es el coeficiente de correlación y, cuánto nos acercamos a ese 90 por ciento. Por eso no puedo responder.

Tal vez no me expresé bien, pero efectivamente estamos trabajando con la sociedad civil, estamos haciendo los test y vamos a seguir hacia adelante trabajando en ello.

En relación con los infectólogos, puedo señalar que hemos tenido una disposición de la sociedad de infectólogos sin ningún tipo de restricción. O sea, ellos están comprometidos a cien, a mil con el programa. No he encontrado a ningún infectólogo al que haya golpeado la puerta y haya preguntado lo que piensa y lo que opina, o que haya pedido que asista a una reunión y se haya negado. Para que sepan, el programa pediátrico que existe en Chile es de los mejores programas pediátricos de VIH que hay en el mundo.



Hace dos años estábamos *ad portas* de ser el primer país latinoamericano que iba a tener las menores tasas de transmisión vertical, pero lamentablemente no llegó a concretarse.

Ahora, nada está más lejos de la percepción y de los antecedentes que tengo para la afirmación que hizo el director en cuanto a ajustar el plan. Respecto de ajustar el plan, me refería precisamente a lo que ahora estamos conversando. O sea, si tenemos que avanzar antes con el autotest, lo vamos a hacer, y si tenemos que llegar a repartir condones en los buses, lo vamos a hacer. Aquí no hay ningún tipo de prejuicio, no hay ningún tipo de eufemismo. Aquí estamos en presencia de una enfermedad crónica que vino a invadir el planeta y a Chile, pero que la vamos a combatir.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Señor ministro, la pregunta va en la línea de saber si efectivamente el plan va a reducir las cifras o no. Eso es lo que a nosotros nos interesa saber.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señora Presidenta, ahí veo la siguiente situación. Lo paradójico es que si nosotros somos exitosos, como esperamos serlo, debiéramos aumentar y llegar a solo diez mil personas que no sepa que tiene la enfermedad. Después nos vamos a demorar dos o tres años en que esto comience a bajar. Si ven lo que ha hecho el ministro de Salud de Estados Unidos, por ejemplo, es precisamente buscar a esa población. Ellos están con problemas bastante similares.

A propósito de esos treinta mil, decirles que nosotros queremos ver la metodología que ellos están planteando. De hecho, una especialista en estadística nuestra que está inmersa en este tema específico, se va a Panamá donde están trabajando los especialistas en datos duros y en metodología estadística, porque queremos ver cuál es la metodología que están usando y cómo la están desarrollando. Por eso la mejor opción es que nuestra especialista vaya.

Aquí no hay límites y vamos a hacer todo lo que debamos hacer, pero puedo ir respondiendo preguntas en la medida en que vayamos teniendo resultados.

En relación con el presupuesto para 2019, puedo señalar que no se disminuyó, sino que aumentó en cinco mil millones. No hay restricciones en el presupuesto.

En cuanto al tema de las patentes, los precios que estamos obteniendo, nos permitirá ahorrar treinta mil millones. O sea, realmente estamos obteniendo precios de genéricos.



En cuanto a la educación en consultorios, el señor González se puede referir al respecto.

El señor **GONZÁLEZ**.- Señora Presidenta, la atención primaria da salud está enfocada en un ámbito de promoción y de prevención y, por lo tanto, las consejerías en VIH Sida, que están pensadas para modificar las conductas de riesgo, más la entrega de preservativos, están.

Es importante aclarar que no se trata solamente de entregar un preservativo, porque siempre su entrega va asociada a la educación y a entregar las herramientas para que el usuario tome una decisión con conocimiento.

¿Qué quiere decir eso? Nosotros no podemos meternos a la cama del usuario, pero si él va a tomar la determinación de usar o no el condón debe tener las herramientas, y nosotros le entregamos la educación necesaria para que lo haga de manera responsable.

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

La señora **SANTIBÁÑEZ** (doña Marisela).- Señora Presidenta, por su intermedio, saludo al ministro y a quienes lo acompañan.

No soy quién yo para hablar de frases correctas, pero es claro que a veces una frase desafortunada puede llevarnos a lo que usted estaba diciendo, por lo que agradezco todas sus afirmaciones y a la transversalidad que nos invita.

Aclarar, también, a la Presidenta que el VIH se transmite y no se contagia, porque es fundamental, como dijo el ministro, que hablemos con los términos precisos, tan precisos como la educación.

Chile fracasó en la educación sexual, Chile fracasó en el tema de la píldora del día después, y por eso hoy se puede entender, más allá de la polémica que causó, lo que usted quiso decir con la pastilla del día después. Hoy lo puedo entender, teniéndolo acá presente, por lo que el no haber estado el primer día de la comisión, quizá, fue para muchos de los que estamos presentes hoy una desilusión, pero claramente hoy veo en esta sala y esta mesa llena de gente que quiere trabajar. Por eso, cuando hablamos de comisión investigadora, suena como duro. Sin embargo, veo que usted está con los mejores, sé que trabaja con los mejores infectólogos y sé que todos los infectólogos que están presentes y que son chilenos y que en este tema tienen disposición de avanzar, 90-90-90, el pre y el post es otra de las herramientas, pero por sobre todo, la educación y, también, la disposición transversal.



Quiero transmitir solo eso, que me pongo, como diputada progresista o exdiputada progresista –cómo quieran llamarme- a disposición del ministerio, a disposición de sus trabajadores, a disposición de esta mesa, porque creo que no es apuntar con el dedo para decir quién se equivocó o quién no se equivocó, nos equivocamos todos los chilenos.

Ahora, cuando usted habla –estaba presidiendo la Comisión de Deportes, por lo que no pude llegar antes- de que Chile estuvo a punto de lograr ser el número uno en el tema de los embarazos con VIH, que no lo alcanzamos, es ese el tema que tenemos con los inmigrantes porque entiendo que en el embarazo, por ejemplo, el tema de mujeres haitianas que vienen con sus embarazo, en que los hombres han transmitido, en el hospital Del Carmen la infectóloga me comunicaba aquello, que era muy complicado cuando venía una persona por Sida, con la enfermedad, pues no tenía la autorización la doctora para comunicarle a la mujer que estaba con su embarazo. Es eso lo que nos impide, es esa la frase donde usted dice la implicancia del inmigrante, porque siendo así, se puede entender mucho mejor aquella frase que fue tan polémica.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para extender la sesión cinco minutos a fin de que la diputada Olivera pueda exponer su pregunta o comentario?

Acordado.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señora Presidenta, por su intermedio saludo al ministro.

Quiero compartir con ustedes los operativos realizados para la educación y prevención del contagio con VIH, y contar lo que ha sido para mí en estos meses mi participación en la aplicación de controles preventivos con el test rápido.

He ido a la feria de mi distrito con el test rápido y la experiencia adquirida allí es que muchas personas se resisten al test, sobre todo los jóvenes son reacios a realizárselo. Por eso es muy importante que se mantengan las campañas y la educación sexual, sobre todo, en los establecimientos educacionales o donde están los jóvenes, porque cuesta mucho que ellos tomen la decisión de hacer este test preventivo.

Por otro lado, dentro de las ferias se encuentra mucha población migrante que también muestra gran reticencia a tomar la decisión de realizar el test.

Entonces, para mí es muy importante que se continúen realizando estas campañas y los programas de educación sexual.



Nosotros no solamente hemos realizado el test, sino que también hemos entregado condones femeninos y condones masculinos, pero me llamó poderosamente la atención que cuando se habla del aumento en nuestro país de los contagios con VIH, no se menciona que muchas veces la gente tuvo a la mano la forma, o la herramienta para realizar algún tipo de control y le faltó un empujoncito.

Por su intermedio, señora Presidenta, felicito al ministro, a pesar de que ha sido objeto de críticas sabemos el esfuerzo que ustedes como ministerio han desarrollado para que la gente decida aplicarse los controles.

Esto lo digo porque durante los meses de enero y febrero recorrimos las ferias y vimos esta reacción de parte de la ciudadanía, y las personas más adultas lo agradecieron. Hay mucha gente de 50 o 60 años de edad que anda en las ferias y que se atreven a hacerse el test.

Eso quiero transmitirlo y espero que sigan con esta campaña y todo lo que venga a futuro.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- Antes de cerrar la sesión y solicitar algunos oficios hay una pregunta que hizo la diputada Hernando, que no ha recibido respuesta, sobre la aplicación de los test.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señora Presidenta, respecto del 1.650.000 que se iban a realizar en dos años y que, al parecer, hasta ahora solo se han aplicado 60.000. Solicité que se explique cuál es la estrategia para lograr ese objetivo.

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

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señora Presidenta, primero, por su intermedio, agradezco a las diputadas Santibáñez y Olivera su sintonía con este mensaje.

Efectivamente tenemos la esperanza de seguir avanzando, diputada Hernando, en el tema de los test rápidos, pero esto involucra un proceso de aprendizaje que tendremos que continuar desarrollando en 2019, por lo que la cifra final que alcanzaremos solo podremos conocerla en diciembre. Sin embargo, en la medida en que generemos este cambio de comportamiento, como señaló la diputada Olivera, el proceso se debería acelerar de manera exponencial y es a lo que aspiramos.



Consideramos que el tema de la educación es clave y como hay muchas líneas de análisis, a partir de las preguntas formuladas me llevo muchos desafíos que compartiré con el equipo para enriquecer la propuesta de política pública que estamos construyendo entre todos.

Finalmente, por su intermedio, manifiesto mi agradecimiento a la diputada Santibáñez porque pienso que hemos reclutado a una gran colaboradora para sumarla a nuestras campañas, y créame señora diputada, le cobraré su palabra.

Muchas gracias.

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

Propongo oficiar a la comisión para obtener información sobre estadísticas de los últimos años sobre el número de personas que han abandonado el tratamiento. No sabemos cuántas personas han abandonado el tratamiento.

Segundo. El detalle del trabajo realizado en temas que ustedes puedan responder pues entendemos que no pueden responder por los 10 años, pero al menos en los ámbitos que puedan hacerlo, como el detalle de la actividad realizada con las organizaciones en materia de prevención.

Esa petición es específicamente para el ministerio, el detalle del presupuesto de los programas de prevención.

Para el Instituto de Salud Pública, pedir el detalle del trabajo realizado en los últimos ocho años en materia de estudios e investigación sobre VIH-Sida, capacitación en materia de VIH-Sida en los servicios públicos de Salud en los últimos 10 años, y el detalle de los presupuestos de los programas relacionados con VIH.

Finalmente, una preocupación transversal de las políticas de educación por parte del Ministerio de Educación. Esa va dirigida al Ministerio de Educación para la prevención de la transmisión de VIH-Sida en los establecimientos educacionales. Conocer cuáles son los programas y políticas de educación en esta materia, porque independiente de lo que ha planteado hoy el ministro en el sentido de que las comunidades podrían definir los contenidos, es claro que en esto debe haber una definición del Estado. Estamos en una crisis sanitaria. En cuanto a la posibilidad de que la comunidad escolar pueda tomar decisiones sobre ese tema, es una situación donde tiene que hacerse cargo el Estado.

En consecuencia, es importante que el Estado, a través del Ministerio de Educación, nos señale cuáles son los programas y planes que están elaborando o que han ejecutado durante los últimos diez años en relación con este tema.



También quería preguntarle por la exjefa del Departamento de VIH-SIDA del ministerio, porque ella fue la creadora del programa del VIH, y se está aplicando el programa que ella presentó inicialmente, incluso en la Comisión de Salud. Me llama mucho la atención que hoy no esté en el equipo.

¿Habría algún comentario sobre los oficios propuestos?

Tiene la palabra la diputada Marisela Santibáñez.

La señorita **SANTIBÁÑEZ** (doña Marisela).- Presidenta, sugiero oficiar a CNTV por el tema de las campañas televisivas. Pido que nos informen cómo se transmiten las campañas en televisión y cuánto tiempo se les otorga.

La señorita **MIX**, doña Claudia (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para enviar todos los oficios?

Acordado.

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