

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS

CHILE

ENERO DE 2008 – DICIEMBRE DE 2009

Elaborado en marzo 2010

VERSIÓN FINAL



PRESENTACIÓN

Este documento corresponde al Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación de los Compromisos UNGASS sobre VIH/SIDA, Chile 2010; elaborado por la Comisión Nacional del SIDA, con el apoyo de consultores externos contratados por ONUSIDA, de acuerdo a las Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos.

El propósito de este informe es doble, por cuanto contribuye al sistema de estadísticas que mantiene ONUSIDA para comprender la respuesta mundial a la pandemia del SIDA y también representa un esfuerzo de transparencia y sistematización de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA durante el período correspondiente a los años 2008 y 2009.

La estructuración del documento reconoce siete capítulos y tres anexos, material que cubre las siguientes áreas de la Respuesta Nacional.

- En primer lugar, se entrega un breve resumen de los aspectos más importantes de este informe, indicando la situación de la epidemia, la respuesta política y programática, y un resumen de los indicadores UNGASS.
- A continuación se detallan las estadísticas de la situación país respecto a la epidemia del VIH/SIDA y las ITS, incluyendo la mortalidad por SIDA, las notificaciones, las vías de exposición y las características sociodemográficas de las personas notificadas.
- Luego, se profundiza la Respuesta Nacional a la epidemia del VIH/SIDA, describiendo el marco institucional, los actores involucrados, las diferentes acciones emprendidas y los datos de los distintos indicadores solicitados para UNGASS 2010.
- Los dos siguientes capítulos desarrollan una mirada evaluativa a los datos entregados, rescatando aquellas buenas prácticas e identificando los principales problemas y acciones correctoras implementadas en el desarrollo de la Respuesta Nacional durante el último bienio.
- Un punto importante es abordado al identificar las diferentes acciones que desarrollan los asociados involucrados en la Respuesta Nacional de lucha contra el VIH/SIDA, así como los desafíos futuros y el apoyo requerido.
- El último apartado del informe entrega detalles de los sistemas de vigilancia y evaluación de la epidemia que se han implementado en el país.
- Además, se adjuntan los anexos solicitados a partir de las directrices entregadas para UNGASS 2010.

| | |
|--|-----------|
| I.- ÍNDICE | 03 |
| II.- SITUACIÓN ACTUAL | 04 |
| 1.- PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME | 04 |
| 2.- LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA | 07 |
| 3.- LA RESPUESTA POLÍTICA Y PROGRAMÁTICA | 08 |
| 4.- RESUMEN DE INDICADORES SOLICITADOS PARA UNGASS 2010 | 10 |
| III.- PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN CHILE | 12 |
| 1.- MORTALIDAD POR SIDA | 12 |
| 2.- NOTIFICACIONES POR VIH/SIDA 1984 – 2008 | 13 |
| 3.- OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL | 17 |
| IV.- RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA | 21 |
| 1.- MARCO DE REFERENCIA Y COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA | 21 |
| 2.- PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD | 27 |
| 3.- ATENCIÓN, APOYO Y TRATAMIENTO | 30 |
| 4.- MITIGACIÓN DEL IMPACTO | 32 |
| 5.- INDICADORES BÁSICOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE VIH/ SIDA | 42 |
| V.- PRÁCTICAS ÓPTIMAS | 73 |
| VI.- PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS | 76 |
| 1.- ACCIONES PARA CORREGIR LA NO COMUNICACIÓN DE RESULTADOS A PERSONAS CON EXAMENES VIH+ | 76 |
| 2.- FINALIZACIÓN DEL PROYECTO FONDO GLOBAL EN CHILE | 78 |
| 3.- OTRAS DIFICULTADES | 80 |
| VII.- APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS | 81 |
| 1.- PRINCIPALES DESAFÍOS FUTUROS | 81 |
| 2.- APOYO REQUERIDO DESDE EL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS | 82 |
| VIII.- SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN | 84 |
| 1.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA | 84 |
| 2.- ESTUDIOS | 86 |
| 3.- MONITOREO DEL PROGRAMA NACIONAL | 87 |
| 4.- MONITOREO DE LOS AVANCES EN LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES LIGADOS AL VIH/SIDA | 87 |
| ANEXO 1: PROCESO DE CONSULTA Y PREPARACIÓN DEL INFORME NACIONAL SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH/SIDA | 89 |
| ANEXO 2: MATRIZ DE GASTO INDICADOR 1 | 91 |
| ANEXO 3: CUESTIONARIO DEL ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL | 94 |

II.- SITUACIÓN ACTUAL.

1.- PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME.

1.1.- Aspectos Generales de la Elaboración del Informe.

1.1.1.- Antecedentes.

La elaboración del informe UNGASS 2010, comenzó en el mes de septiembre de 2009, mediante un proceso que incluyó la contratación de dos profesionales para apoyar técnicamente la gestión del informe en comento e ingresar los datos generados al sistema en línea. Estos profesionales participaron en el taller regional de UNGASS realizado en Santiago de Chile entre los días 8 y 11 de septiembre.

Además, se contrató un equipo de trabajo para recolectar la información requerida para la elaboración del indicador 1 sobre gasto en SIDA, cuyo desarrollo recayó en el Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud.

1.1.2.- Fuentes Consultadas en el Proceso.

Dentro de las distintas fuentes que se utilizaron para la elaboración del informe y para completar los indicadores UNGASS, se deben mencionar los siguientes:

a) Documentos.

- Ley 19.779, que “Establece Normas Relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana”, 2001, y su reglamento, que hace posible su aplicabilidad.
- Ley 19.966, de Garantías Explícitas en Salud (GES), 2005.
- Estrategia de Lucha contra la infección por VIH/SIDA: El VIH/SIDA y las ITS, Desafíos Permanentes. CONASIDA. 2009.
- Estrategias de Lucha Contra la Infección por VIH/SIDA. CONASIDA. 2009.
- Logros Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS AÑOS 2008 – 2009. CONASIDA. 2009.
- Reporte sobre ITS año 2008. CONASIDA. 2009.
- Evolución del VIH/SIDA en Chile, 1984 – 2008. Departamento de Epidemiología y de Estadísticas e Información en Salud, DIPLAS. Ministerio de Salud, 2009.
- Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. MINSAL. 2ª Edición. 2005.
- Ordinario N° 4018, que establece normas y procedimientos para el control de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana a través de la transfusión de sangre o hemoderivados. Ministerio de Salud, 1987.
- Planes Curriculares, Ministerio de Educación.
- Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad y Género, Ministerio de Educación, 2005.

b) Estadísticas, Estudios y Bases de Datos.

- Registros del Departamento de Epidemiología – Ministerio de Salud, 2009.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Registro de Estadísticas Mensuales (REM). Departamento de Estadísticas en Salud (DEIS). Ministerio de Salud, 2009.
- Registro de CONASIDA. Ministerio de Salud, 2008 y 2009.
- Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV. 2008 – 2009.
- Evaluación del impacto del tratamiento antirretroviral en Chile. Informe post 5° año de estudio y seguimiento. Diciembre 2008.
- Estudio de Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas. Demoscópica – CONASIDA. 2006.
- Quinta Encuesta Nacional de Juventud. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), 2006.
- Sexta Encuesta Nacional de Juventud. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), 2009.
- II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Ministerio de Salud, 2006.
- Base de DATOS Octavo Estudio Nacional. CONACE. 2008.

1.1.3.- Limitaciones de los Datos.

Dos fueron los problemas más frecuentes encontrados en el transcurso del proceso de sistematización de resultados.

- En primer lugar, la no disponibilidad de algunos indicadores, debido a que el trabajo en el país no responde en específico a las exigencias planteadas por ONUSIDA (datos para cada una de las poblaciones más expuestas por separado) o a la ausencia de estadísticas en ciertas áreas (por ejemplo, en trabajo con huérfanos y niños vulnerables).
- También se debe mencionar la imposibilidad de acceder a registros sobre el sistema de salud privado.

1.2.- Entrevistas a Actores Relevantes de la Respuesta Nacional.

Como parte del proceso participativo de preparación del informe se desarrollaron entrevistas individuales y grupales, con el objetivo de aplicar el cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) a representantes de diversas instancias relevantes para la Respuesta Nacional al VIH/SIDA y las ITS, además, de indagar en algunos ámbitos de interés para el informe país, como son:

- Políticas, estrategias y líneas de acción desarrolladas por la institución.
- Avances realizados y buenas prácticas.
- Retrocesos y problemas enfrentados durante el último bienio.
- Acciones correctoras frente a los problemas.
- Estudios e investigaciones desarrolladas.

En total se llevaron a cabo 12 entrevistas a las siguientes instituciones y organizaciones:

- Superintendencia de Salud.
- Gendarmería de Chile.
- Ministerio de Educación.
- División de Organizaciones Sociales.
- Servicio Nacional de Menores.

- Instituto Nacional de la Juventud.
- Consejo Nacional de Estupefacientes.
- Agencias del Naciones Unidas.
- ASOSIDA.
- VIVO POSITIVO.
- MUMS.
- Fundación Margen.

1.3.- Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional.

Las entrevistas detalladas previamente permitieron contar con distintos ICPN institucionales. No obstante, también se desarrolló un proceso que permitió elaborar un ICPN oficial para el país.

Para ello se llevaron a cabo dos sesiones de trabajo. La primera sesión consideró una exposición explicativa sobre el ICPN y la metodología de trabajo para completar este instrumento, seguida de un trabajo grupal para el cual se dividió a los participantes en dos grupos:

- Grupo parte A, integrado por representantes de gobierno.
- Grupo parte B, integrado por representantes de agencias internacionales, organizaciones sociales y sociedad científica y académica.

Cada grupo abordó la parte correspondiente del ICPN, que fue digitada por un consultor de apoyo en un archivo Word.

La segunda sesión consistió en que representantes de cada grupo presentaron los resultados de la parte del ICPN correspondiente, generándose una discusión sobre las diferencias constatadas y acordándose el ICPN a ser presentado en el reporte del país para UNGASS 2010.

1.4.- Talleres Participativos.

De acuerdo a las Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos entregadas a nivel mundial para elaborar los informes para UNGASS 2010, el proceso chileno contempló la participación de diversos actores de la Respuesta Nacional. En este contexto se desarrollaron dos jornadas:

- La primera jornada tuvo como objetivo difundir los contenidos y metodologías que se considerarían para elaborar el reporte.
- La segunda jornada, que se dividió en dos sesiones, estuvo abocada específicamente a trabajar el Índice Compuesto de Política Nacional (actividad detallada en el punto 1.3.-).

A ambas jornadas se convocó a representantes de diversas instituciones nacionales y de cooperación internacional, así como de las redes de la sociedad civil, el ámbito biomédico y la academia con trabajo en la temática del VIH/SIDA.

Cabe señalar, que un tercer y último taller, destinado a la validación del informe país estaba programado para el día 3 de marzo de 2010, no pudiendo ser llevado a cabo debido al

terremoto ocurrido en Chile el día 27 de febrero de 2009. No obstante, con el objetivo de recoger los comentarios de los participantes del proceso respecto al reporte (cuya versión preliminar les había sido enviada el día 5 de febrero de 2009), se solicitó el envío de observaciones por correo electrónico.

1.5.- Ingreso al Sistema en Línea.

- El ingreso al sistema de información en línea dispuesto por ONUSIDA para el reporte de los datos recogidos, fue realizado luego de haber efectuado la sistematización de los diversos indicadores solicitados.

2.- LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA.

- Entre 1990 y 2007 se produjeron en el país 6.102 defunciones por SIDA, correspondiendo el 87.8% de ellas a hombres. De acuerdo a los grupos de edad, la mortalidad más alta se encuentra entre los 40 y los 49 años.
- La tasa de mortalidad ha demostrado un descenso sostenido entre 2003 y 2007, que se puede vincular al logro de una cobertura de terapia ARV del 100% en quienes lo requieren según el protocolo nacional vigente. El año 2007 se registraron 2.4 muertes por 100.000 habitantes.
- A diciembre de 2008 se han notificado con el diagnóstico de VIH/SIDA 20.099 personas. En el caso del VIH, la tasa del año 2008 llega a 5.0 por 100.000 habitantes, mientras que en SIDA es de 4.1 por 100.000 habitantes.
- Considerando los datos acumulados, la principal vía de exposición al virus en Chile es la vía sexual (87.6%), siendo los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) la vía de exposición más declarada.
- El análisis de los casos acumulados en el período, muestra que en todos los quinquenios el número de casos de hombres supera al de mujeres, tanto en SIDA como en VIH.
- Al analizar los casos de VIH y SIDA por grupos de edad, se observa que las tasas más altas se dan entre los 20 y los 49 años.
- Según distribución geográfica, las regiones de Arica y Parinacota, Metropolitana, Tarapacá y Valparaíso, muestran las tasas acumuladas más altas desde el inicio de la epidemia, tanto en VIH como en SIDA.

En resumen, en Chile el VIH/SIDA se caracteriza por ser de transmisión sexual, predominantemente en hombres adultos jóvenes y fundamentalmente homosexuales. Este perfil evidencia la mayor vulnerabilidad de estos grupos que, además, presentan dificultades de acceso a las estrategias de prevención y los servicios de salud disponibles.

3.- LA RESPUESTA POLÍTICA Y PROGRAMÁTICA.

- Las **referencias centrales de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA** en Chile se enmarcan en las Políticas de Salud vigentes y los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales; el Principio de Acceso Universal; y los principios éticos del derecho a la vida, el respeto a los valores y creencias de las personas, el derecho a la decisión en conciencia libre e informada, el respeto por la dignidad de las personas, el derecho a la privacidad y la confidencialidad, la no discriminación, la solidaridad y el derecho a acceder a técnicas y recursos disponibles científicamente comprobados como efectivos.
- En tanto, **los principios políticos de la Respuesta Nacional** son equidad, descentralización, intersectorialidad y participación.
- Desde el Estado, **los principales actores involucrados en la Respuesta Nacional** al VIH/SIDA corresponden a la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, organismo técnico, dependiente del Ministerio de Salud (MINSAL); cuya labor se coordina y apoya con la Unidad de Vigilancia del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, las Autoridades Sanitarias Regionales, las Redes Asistenciales, los Centros de Atención Integral a PVVIH de los 29 Servicios de Salud del país y el Instituto de Salud Pública (ISP).
- La **coordinación intersectorial** se expresa a través de acuerdos e iniciativas de trabajo bilaterales establecidas por CONASIDA con otros Ministerios: de Educación (MINEDUC), de Justicia (Gendarmería y Servicio Nacional de Menores), de Planificación Nacional a través del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), del Interior por intermedio del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes y de Secretaría General de Gobierno a través de la División de Organizaciones Sociales.
- Desde la **sociedad civil organizada** es fundamental la labor de las dos grandes redes con trabajo en VIH/SIDA: la Asamblea de Organizaciones Sociales y No Gubernamentales con Trabajo en SIDA – ASOSIDA y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Personas VVIH/SIDA – VIVO POSITIVO, así como de las organizaciones que las integran.
- Además, deben señalarse las **Agencias de Naciones Unidas – OPS/OMS** con presencia en el país, que forman el Grupo Temático de ONUSIDA (GTO) y prestan asistencia técnica a los diversos actores de la Respuesta Nacional.
- Los **ejes centrales de las políticas preventivas de la Respuesta Nacional** se basan en la Gestión de Riesgo y la Vulnerabilidad, conceptos que corresponden a niveles diferentes. El riesgo se refiere a una probabilidad determinada por la conducta individual; en cambio, la vulnerabilidad está dada fundamentalmente por la inequidad y la desigualdad social, en general, por los factores determinantes del proceso salud-enfermedad.
- Las **políticas descentralizadas de Prevención del VIH y las ITS** se encuentran materializadas actualmente en la Respuesta Regional Integrada, que se fundamenta en la necesidad de consolidar procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que permitan integrar y articular en el nivel local las experiencias ya realizadas, así como avanzar en la coordinación de esfuerzos entre el sector salud y otros sectores que desarrollan temáticas interrelacionadas, como son la sexualidad, el desarrollo personal, el

autocuidado y la promoción de la salud, para intervenir más efectivamente en problemas vinculados con la salud sexual y, específicamente, con el VIH/SIDA y las ITS.

- El **acceso a tratamiento antiretroviral** (TARV), se inicia el año 1993, y en concordancia con los avances científicos logrados hasta ese momento, los tratamientos se basaron en monoterapias y, luego –desde 1996-, en biterapias. En 1999 se continuó el mejoramiento de la calidad de las terapias incorporando en forma parcial la triterapia. El 1 de junio de 2003 se alcanzó la cobertura del 100% en el sistema público de salud. Con la incorporación del acceso a tratamiento antiretroviral en las Garantías Explícitas en Salud (Ley 19.966), a partir del 1 de julio de 2005 se compromete la sustentabilidad legal de cobertura del 100% del tratamiento antiretroviral para las personas que lo requieran de acuerdo a la Guía Clínica vigente.
- Por otra parte, el Sistema de Salud Pública cuenta 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 atención continua de los consultantes.
- Dentro de las **buenas prácticas** del último bienio puede relevarse la capacidad de abordar la crisis registrada en el país respecto a las deficiencias en la comunicación del diagnóstico VIH+, mediante una acción rápida, que consideró un diagnóstico de la situación, así como una evaluación de los procedimientos utilizados en el sistema de salud pública. Vinculado a lo anterior, se debe reportar una mejoría en la coordinación entre los ámbitos público (liderado por CONASIDA) y privado de salud (Asociación de Clínicas y Laboratorios Privados), que permitió el diseño conceptual de un sistema conjunto de información y registro de los procesos involucrados en el diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH. Por otra parte, se debe destacar el estudio de prevalencia de VIH en población HSH, también denominado CHIPREV, que representa la primera experiencia chilena desarrollada con el muestreo basado en quienes responden (Respondent Driven Sampling, RDS) y que fue desarrollado a partir de un modelo de coordinación tripartito integrado por instituciones del Estado, agencias internacionales y organizaciones sociales.
- Finalmente, a pesar de los avances logrados, durante el período se registraron diversas **situaciones problemáticas para el enfrentamiento de la epidemia**, que pueden sintetizarse en dos grandes crisis. La primera de ellas se produjo a fines del año 2008, cuando se evidenció la existencia de una serie de debilidades en los sistemas asociados al diagnóstico de infección por VIH y en los mecanismos de registro y monitoreo de estos casos en los distintos niveles de la atención en salud. Ante las deficiencias encontradas se realizó un diagnóstico detallado de la situación y una evaluación de los procedimientos implementados. Este proceso contó con la participación de diversos actores nacionales e internacionales y permitió definir una serie de acciones destinadas a corregir los problemas. Una segunda crisis se refiere a la paralización del Proyecto Fondo Global – Chile, al detectarse -a fines del año 2007- situaciones anómalas vinculadas al Receptor Principal de los recursos, que derivaron en la realización de una auditoría y, posteriormente, en acciones legales, que impidieron el término y posterior cierre del proyecto en condiciones adecuadas. La situación descrita tuvo grandes repercusiones para las estrategias vinculadas al VIH/SIDA en el país, a nivel financiero y programático, tanto en el trabajo implementado desde el gobierno como desde las organizaciones sociales.

4.- RESUMEN DE INDICADORES SOLICITADOS PARA UNGASS 2010.

La siguiente tabla sintetiza el estado del reporte de los distintos indicadores solicitados para el Informe UNGASS 2010, considerando –además- los resultados de los indicadores reportados¹.

| Nº | INDICADOR | ESTADO | RESULTADO |
|---|--|---|-------------------------|
| Indicadores de Compromiso y Acción Nacionales. | | | |
| 1. | Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuente de financiación. | Indicador pertinente y reportado. | En matriz |
| 2. | Índice Compuesto de Política Nacional. | Indicador pertinente y reportado. | En ICPN |
| Indicadores del Programa Nacional. | | | |
| 3. | Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada. | Indicador pertinente pero sin datos disponibles. | |
| 4. | Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia ARV. | Indicador pertinente y reportado. | 82.23% |
| 5. | Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibe fármacos ARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil. | Indicador pertinente y reportado. | 96.03% |
| 6. | Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH. | Indicador pertinente pero sin datos disponibles. | |
| 7. | Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. | Indicador pertinente y reportado pero con información faltante. | 30.14% |
| 8. | Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. | Indicador pertinente y reportado. | 25.05% HSH 85.00% TS |
| 9. | Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH. | Indicador pertinente y reportado. | 57.11% |
| 10. | Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil. | Tema no pertinente y no solicitado. | |
| 11. | Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico. | Tema pertinente pero sin datos disponibles, por lo que sólo se entrega información relacionada. | |
| Indicadores de Conocimiento y Comportamiento. | | | |
| 12a. | Asistencia actual a la escuela de huérfanos de 10 a 14 años de edad. | Indicador pertinente pero sin datos disponibles. | |
| 12b. | Asistencia actual a la escuela de no huérfanos de 10 a 14 años de edad. | Indicador pertinente pero sin datos disponibles. | |
| 13. | Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. | Indicador pertinente y reportado pero con información faltante. | 82.14% |

¹ Solo se incluyen datos para aquellos indicadores identificados como reportados y reportados con información faltante. Para los indicadores donde solo se entrega información relacionada ésta se encuentra detallada en el capítulo respectivo de este informe (Capítulo IV. Respuesta Nacional a la Epidemia del VIH/SIDA).

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| Nº | INDICADOR | ESTADO | RESULTADO |
|--------------------------------|--|---|------------------------|
| 14. | Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. | Indicador pertinente y reportado pero con información faltante. | 64.54% HSH |
| 15. | Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. | Indicador pertinente y reportado. | 10.66% |
| 16. | Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. | Indicador pertinente y reportado. | 13.16% |
| 17. | Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual. | Indicador pertinente y reportado. | 50.00% |
| 18. | Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente. | Indicador pertinente y reportado. | 72.50% |
| 19. | Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina. | Indicador pertinente y reportado. | 55.84% |
| 20. | Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual. | Tema pertinente pero indicador no pertinente. | |
| 21. | Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó. | Tema pertinente pero indicador no pertinente. | |
| Indicadores de Impacto. | | | |
| 22. | Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH. | Tema no pertinente y no solicitado. | |
| 23. | Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH. | Indicador pertinente y reportado. | 20.26% HSH 0.74% TS |
| 24. | Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continua en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia ARV. | Indicador pertinente y reportado. | 94.09% |
| 25. | Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas. | Indicador pertinente y reportado pero con información faltante. | 2.61% |

III.- PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN CHILE².

En Chile el VIH/SIDA se caracteriza por ser de transmisión sexual, predominantemente en hombres adultos jóvenes (entre 20 y 39 años) y fundamentalmente homosexuales. Este perfil evidencia la mayor vulnerabilidad de estos grupos que, además, presentan dificultades de acceso a las estrategias de prevención y los servicios de salud disponibles. A continuación se analizan más detalladamente, algunas de las características centrales de la epidemia en el país, las que se obtienen a partir de los registros de notificación epidemiológica enviados desde la Red Asistencial al Ministerio de Salud.

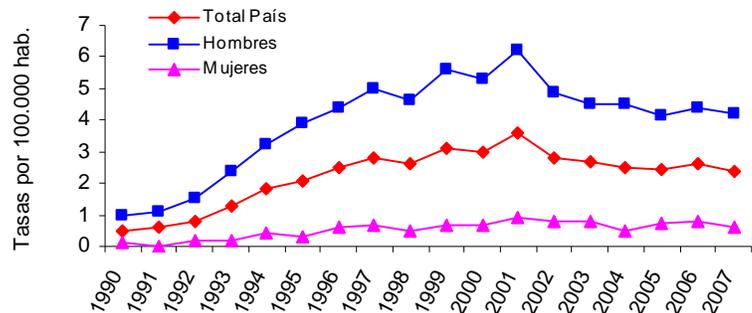
1.- MORTALIDAD POR SIDA.

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

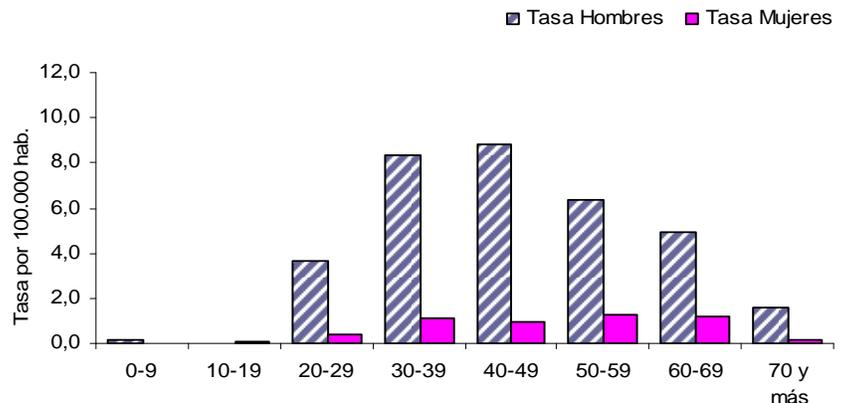
En cuanto a su evolución temporal, la tasa de mortalidad experimentó un aumento progresivo hasta 2001, cuando se observó la tasa más alta del período (3.6 por 100.000 habitantes); sin embargo, en el último quinquenio analizado (2003 – 2007) la mortalidad ha mostrado un descenso sostenido, llegando el año 2007 a 2.4 muertes por 100.000 habitantes.

Entre los años 2001 y 2007 los hombres disminuyeron la mortalidad de 6.2 a 4.2 por 100.000, en tanto, entre las mujeres, la mortalidad se ha mantenido relativamente estable (0.8 por 100.000).

Mortalidad por SIDA, según sexo, Chile 1990-2007



Mortalidad por SIDA según grupos de edad y sexo, Chile 2007*



² Información y gráficos extraídos del documento “Evolución del VIH/SIDA en Chile, 1984 – 2008”, que corresponde al último análisis elaborado por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. 2009.

El descenso sostenido en la mortalidad se puede vincular al logro en el país de una cobertura de terapia de antirretrovirales del orden 100% en quienes lo requieren³ de acuerdo al protocolo en uso en el país, lo que ha generado una disminución de las enfermedades oportunistas y un alto porcentaje de sobrevivencia de las personas viviendo con VIH en TARV.

2.- NOTIFICACIONES POR VIH/SIDA 1984 – 2008.

Entre 1984 y 2008 se han notificado 20.099 personas viviendo con VIH o SIDA. Cabe señalar, que para el análisis sobre la etapa diagnóstica y el sexo de los casos notificados, se consideran sólo 19.960 casos, ya que 129 no registran información de la etapa diagnóstica y 10 no cuentan con datos sobre el sexo.

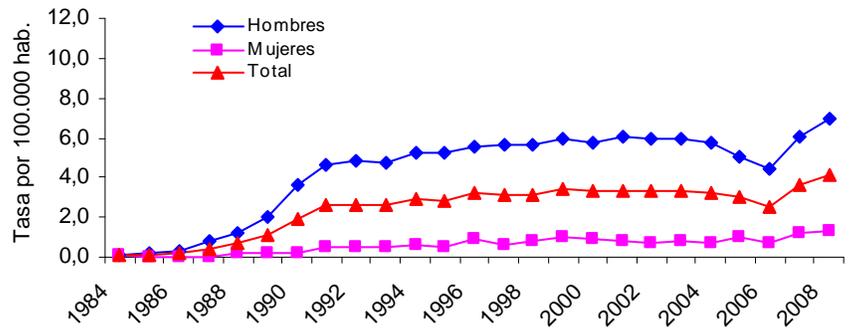
2.1.- Evolución Temporal de las Notificaciones.

2.1.1.- SIDA.

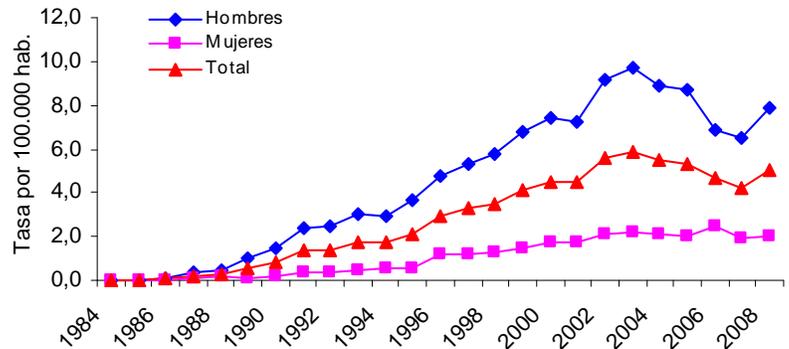
La tasa de notificación de SIDA registró un aumento sostenido hasta 1991, año desde el cual las tasas se estabilizaron entre 2.5 y 3.2 por 100.000, comenzando a disminuir a partir de 2004.

Sin embargo, en el año 2007 y 2008 se observó un aumento (tasa de 3.6 y 4.1, respectivamente) atribuible al cambio introducido desde ese año en la definición de caso (según CDC y la Comunidad Europea 1993). Ello, porque las mejoras en los métodos de diagnóstico y de etapificación posibilitan una mejor clasificación, estableciendo el cruce entre el recuento de linfocitos CD4 y la etapa clínica. Según esto, personas asintomáticas pero con un recuento linfocitario bajo ($CD4 < 200$) quedan clasificadas en etapa SIDA, mientras que según la definición usada anteriormente, seguían estando en etapa de portador o VIH.

Tasa de notificación de SIDA por sexo y total país
Chile 1984-2008



Tasa de notificación de VIH por sexo y total país
Chile 1984-2008



³ La ley número 19.966 GES (AUGE) garantizó el acceso a tratamiento antirretroviral en los Sistemas Público y Privado de Salud.

2.1.2.- VIH.

Considerando el período 1984 – 2008, puede señalarse que las tasas anuales de notificación de VIH presentan un aumento sostenido hasta el año 2003, donde llegan a 5.9 por 100.000 habitantes, durante los años siguientes se observa una tendencia al descenso, no obstante, la tasa vuelve a llegar a un 5.0 por 100.000 habitantes en el año 2008, siendo necesario monitorear la tendencia de este indicador, debido a que podría deberse a una mejoría en los procesos de notificación de casos, producto de las medidas implementadas por la situación de los casos no informados.

2.2.- Notificaciones según Etapa Diagnóstica.

Del total de casos de VIH/SIDA notificados en Chile entre 1984 y 2008, el 54% se notificó en etapa diagnóstica de VIH, mientras que el 46% fue notificado en etapa de SIDA, ello implica el desafío de promover el acceso al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno.

Distribución porcentual por etapa diagnóstica en la primera notificación, según sexo y quinquenio.

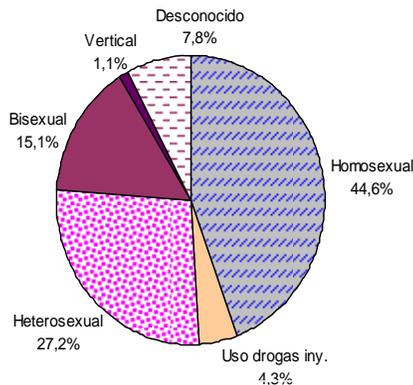
| Chile 1984-2008 | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|--------|-------|
| Etapa Diagnóstica | 1984-1988 | | 1989-1993 | | 1994-1998 | | 1999-2003 | | 2004-2008 | | Total | |
| | Nº | % | Nº | % |
| MUJERES | | | | | | | | | | | | |
| VIH | 12 | 40,0 | 101 | 44,1 | 362 | 58,4 | 738 | 69,0 | 882 | 68,2 | 2.095 | 64,6 |
| SIDA | 18 | 60,0 | 128 | 55,9 | 258 | 41,6 | 331 | 31,0 | 412 | 31,8 | 1.147 | 35,4 |
| Total | 30 | 100,0 | 229 | 100,0 | 620 | 100,0 | 1.069 | 100,0 | 1.294 | 100,0 | 3.242 | 100,0 |
| HOMBRES | | | | | | | | | | | | |
| VIH | 60 | 27,6 | 692 | 34,2 | 1.636 | 45,4 | 3.107 | 57,6 | 3.177 | 58,0 | 8.672 | 51,9 |
| SIDA | 157 | 72,4 | 1.330 | 65,8 | 1.970 | 54,6 | 2.290 | 42,4 | 2.299 | 42,0 | 8.046 | 48,1 |
| Total | 217 | 100,0 | 2.022 | 100,0 | 3.606 | 100,0 | 5.397 | 100,0 | 5.476 | 100,0 | 16.718 | 100,0 |

Nota: de las 20.099 notificaciones entre 1984-2008, 129 no tienen información sobre la etapa diagnóstica y 10 no tienen registro de sexo, quedando fuera del análisis de esta variable.

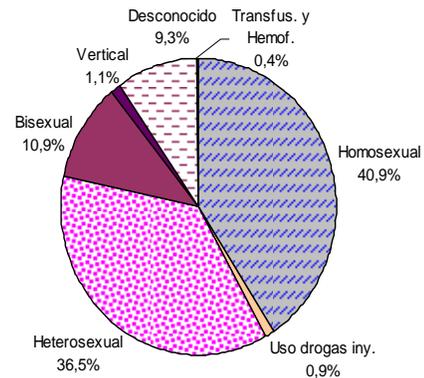
2.3.- Notificaciones según Vía de Exposición.

En Chile, la principal vía de exposición al virus es la sexual (87.6%), siendo los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) la vía de exposición más declarada. Al analizar la información entre los años 1984 – 1998 con la de 1999 – 2008 se aprecia que la vía de exposición heterosexual se incrementó de 27.2 % a 36.5%.

Distribución porcentual de casos acumulados de VIH-SIDA por vía de transmisión. Chile, 1984 - 1998



Distribución porcentual de casos acumulados de VIH-SIDA por vía de transmisión. Chile, 1999 - 2008

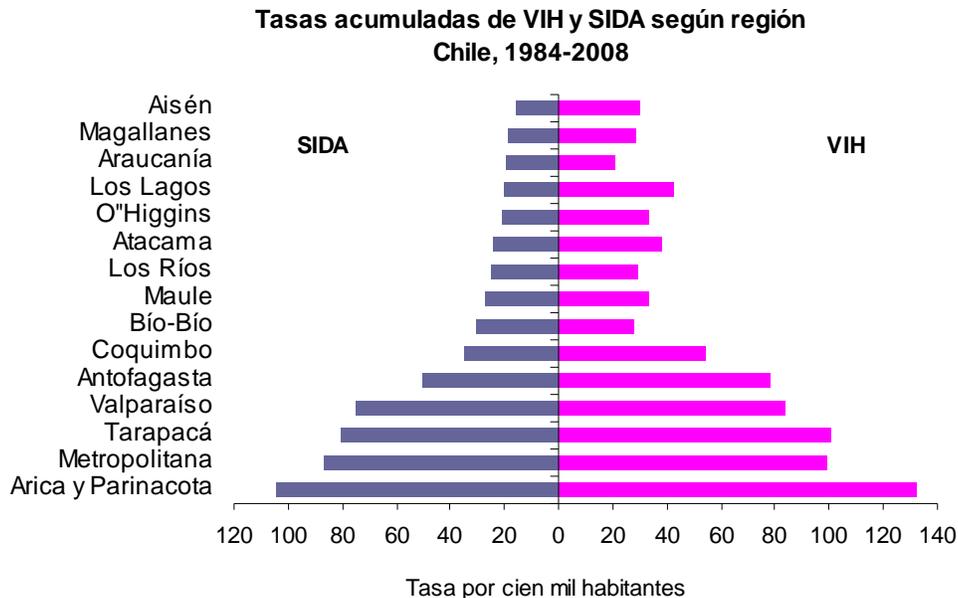


INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

Del total de casos notificados, alrededor de un 8.8% de las personas declara desconocer la vía de exposición. Si se excluyen estos casos del análisis, es posible señalar que la vía sexual concentra al 95.3% de los casos de SIDA y al 96.6% de los casos de VIH. En todos los quinquenios, en las mujeres el principal mecanismo de transmisión es el heterosexual (sobre el 90%), mientras que en los hombres la exposición homo/bisexual es la más declarada, tanto en SIDA (70.7%) como en VIH (76.4%).

2.4.- Notificaciones según Ubicación Geográfica.

Según distribución geográfica, las regiones de Arica y Parinacota, Metropolitana, Tarapacá y Valparaíso, muestran las tasas acumuladas más altas desde el inicio de la epidemia, tanto en VIH como en SIDA. La región con la tasa más baja para SIDA es Aysén, mientras que la región con la tasa más baja de VIH es la Araucanía.

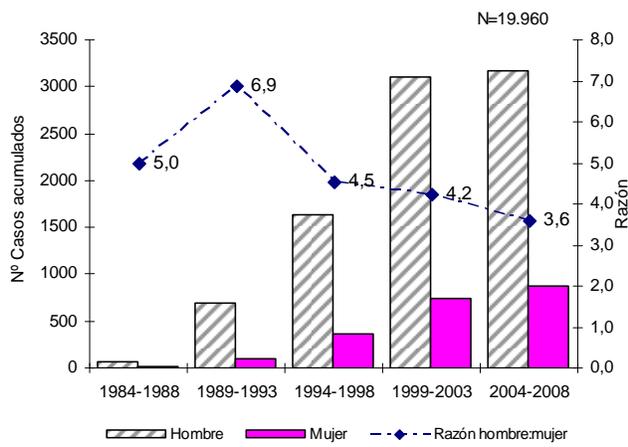


2.5.-Notificaciones según Sexo, Edad y Nivel de Escolaridad.

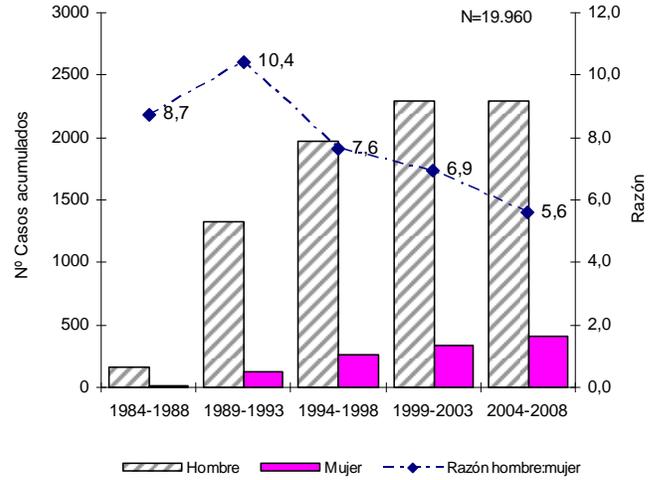
Respecto al sexo, el análisis de las notificaciones acumuladas en el período muestra que, en SIDA y en VIH, en todos los quinquenios, el número de hombres supera al de mujeres, observándose una tendencia irregular –pero descendente desde 1994- en cuanto a la razón hombre/mujer, que llega en el último quinquenio a 3.6 (VIH) y 5.2 (SIDA).

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

Casos de VIH notificados según sexo y razón hombre mujer Chile, 1984-2008

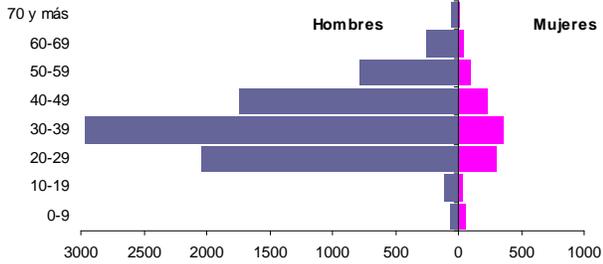


Casos de SIDA notificados según sexo y razón hombre mujer Chile, 1984-2008

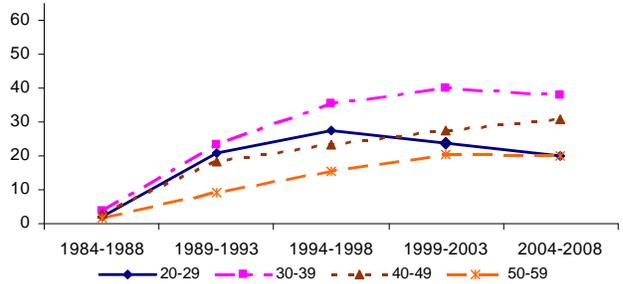


Por su parte, al analizar las notificaciones de VIH y SIDA por grupos de edad, se constata que las tasas más altas se dan entre los 20 y los 49 años. En VIH, tanto en hombres como mujeres, la mayor concentración de casos está entre los 20 y los 29 años de edad, un decenio antes que en SIDA.

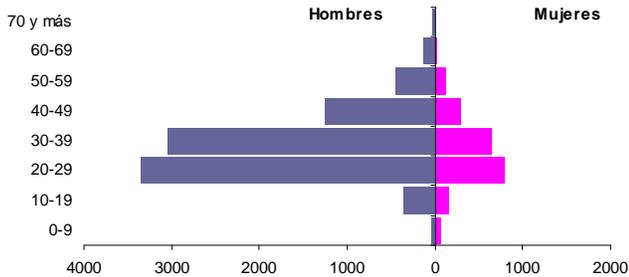
Casos acumulados de SIDA por grupo de edad y sexo. Chile, 1984-2008



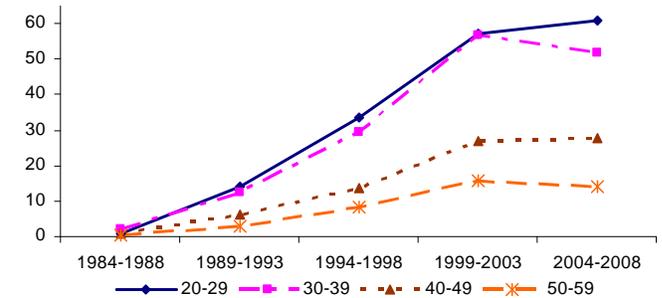
Tasa de notificación por SIDA según grupos de edad y quinquenio, Chile 1984-2008



Casos acumulados de VIH por grupo de edad y sexo. Chile, 1984-2008



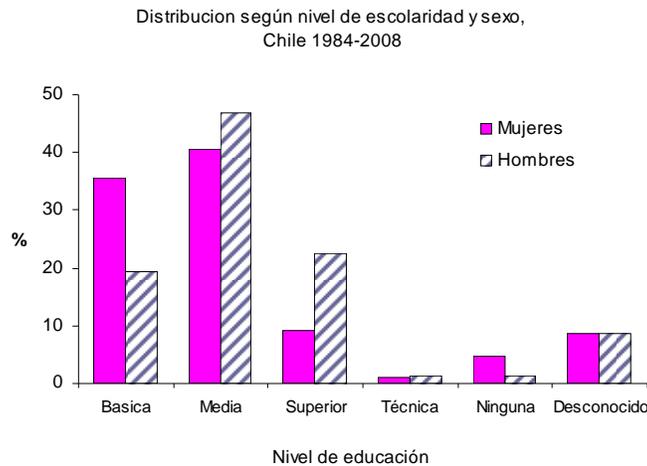
Tasa de notificación por VIH según grupos de edad y quinquenio, Chile 1984-2008



INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

Todos los grupos de edad aumentaron sus tasas de notificación de VIH hasta el quinquenio 1999 – 2003, sin embargo, en el último quinquenio analizado (2004 – 2008) comienza una disminución del número de casos notificados, excepto en el grupo de 20 a 29 años que muestra un permanente aumento. En cuanto al SIDA, se registra un aumento sostenido en las tasas de notificación de personas mayores de 40 años.

En cuanto al nivel educacional, predominan las personas con enseñanza media (46%). En VIH la mayor proporción de casos está en personas con educación media (47.1%) y superior (22.4%); mientras que en SIDA, los casos se concentran en población con educación media (44.2%) y básica (24.2%)



3.- OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)⁴.

Las ITS constituyen un factor predisponente a la infección por VIH, y afectan fundamentalmente a población joven y adulta joven, teniendo un alto impacto en Salud Pública por las complicaciones y secuelas que genera, principalmente, en mujeres y recién nacidos.

En Chile el Decreto Supremo 158, establece que las ITS, son enfermedades de declaración obligatoria, que deben ser notificadas a la Autoridad Sanitaria por los establecimientos asistenciales, tanto públicos como privados. Establece que la Gonorrea, la Sífilis y el VIH/SIDA, son de notificación universal (todos los casos) y que otras ITS, con excepción de las mencionadas, serán de vigilancia exclusiva a través de establecimientos centinelas (Art. 1, DS.158).

A continuación se presenta información sobre la situación del país respecto a la Sífilis, la Gonorrea y la información registrada en Centros Centinela.

3.1.- Sífilis.

En Chile la tasa de incidencia de sífilis (en todas sus formas) si bien ha disminuido en los últimos 10 años, en el último bienio se ha mantenido en alrededor de 18 por 100.000 habitantes,

⁴ Información extraída de documento de trabajo elaborado por CONASIDA. 2009.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

siendo las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Arica y Parinacota las que concentran las mayores tasas de incidencia del país para el año 2009⁵.



En cuanto a la distribución por edad, la mayor incidencia está dada entre los 20 y 29 años, manteniéndose por sobre 400 casos por grupo de edad hasta los 34 años. Las mujeres representan el 49.4% de la totalidad de casos.

La Sífilis Congénita es la enfermedad que se manifiesta en niños/as que han adquirido la sífilis por transmisión vertical. En Chile, a pesar de los altos indicadores de control de embarazo, del testeo repetido para la sífilis durante el embarazo y el parto, y de la atención profesional del parto, aún nacen niños con sífilis. Del total de casos notificados por sífilis, la sífilis congénita concentra 1.9%. La notificación de sífilis en embarazadas⁶ alcanza a 301 casos.

3.2.- Gonorrea.

En Chile, la tasa de incidencia de gonorrea ha ido en franco descenso, llegando en el año 2009 a una tasa de 6.0⁷ por 100.000 habitantes. El grupo de edad más afectado es entre los 20 y los 29 años, siendo la mediana de 26 años. La mayor proporción de casos notificados corresponde a hombres (90.3%).



⁵ Información preliminar, incluye notificaciones de casos recibidos al 15 de diciembre de 2009.

⁶ Información preliminar, incluye notificaciones de casos recibidos al 15 de diciembre de 2009.

⁷ Información preliminar, incluye notificaciones de casos recibidos al 15 de diciembre de 2009.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

A nivel país las mayores tasas de esta ITS se presentan en las regiones de: Tarapacá, Antofagasta y Aisén.

3.3.- Información de Centros Centinelas.

3.3.1.- Distribución Regional y por Patología.

El Sistema de Vigilancia Centinela de ITS, contempla la notificación epidemiológica por parte de seis centros de atención distribuidos a lo largo del país, localizados en las regiones de Arica y Parinacota, Antofagasta, Bío Bío, Los Lagos y Metropolitana.

**Total casos notificados en CETS, según grupo edad y sexo
Años 2006 - 2007 - 2008**

| Grupo Edad | SEXO | | | | TOTAL | |
|----------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | Hombre | | Mujer | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 0-4 | 19 | 0,87 | 18 | 0,50 | 37 | 0,64 |
| 5-9 | 2 | 0,09 | 8 | 0,22 | 10 | 0,17 |
| 10-14 | 7 | 0,32 | 44 | 1,23 | 51 | 0,89 |
| 15-19 | 197 | 9,06 | 501 | 13,99 | 698 | 12,13 |
| 20-24 | 539 | 24,78 | 901 | 25,17 | 1440 | 25,02 |
| 25-29 | 409 | 18,80 | 609 | 17,01 | 1018 | 17,69 |
| 30-34 | 278 | 12,78 | 415 | 11,59 | 693 | 12,04 |
| 35-39 | 212 | 9,75 | 384 | 10,73 | 596 | 10,36 |
| 40-44 | 198 | 9,10 | 272 | 7,60 | 470 | 8,17 |
| 45-49 | 107 | 4,92 | 181 | 5,06 | 288 | 5,00 |
| 50-54 | 77 | 3,54 | 109 | 3,04 | 186 | 3,23 |
| 55-60 | 44 | 2,02 | 58 | 1,62 | 102 | 1,77 |
| >60 | 86 | 3,95 | 80 | 2,23 | 166 | 2,88 |
| Total general | 2175 | 100 | 3580 | 100 | 5755 | 100 |

Del total de las notificaciones registradas entre los años 2006 y 2008 (5.755), la patología más frecuente es el Condiloma 42%, seguido por Sífilis (13.6%) y Uretritis No Gonocócica (11.5%).

Total de Notificaciones en CETS, según sexo y diagnóstico

| Diagnóstico | Año 2008 | | % | |
|----------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer |
| Candidiasis | 25 | 149 | 1,3 | 7,7 |
| Condiloma Acuminado | 281 | 519 | 14,5 | 26,8 |
| Gonorrea | 94 | 24 | 4,8 | 1,2 |
| Herpes Genital | 40 | 49 | 2,1 | 2,5 |
| Sífilis (todas las causas) | 138 | 75 | 7,1 | 3,9 |
| Tricomonirosis | 2 | 25 | 0,1 | 1,3 |
| Uretritis No Gonocócica | 78 | 133 | 4,0 | 6,9 |
| Vaginosis Bacteriana | 1 | 263 | 0,1 | 13,6 |
| Otro | 14 | 29 | 0,7 | 1,5 |
| Total | 673 | 1266 | 34,7 | 65,3 |

3.3.2.- Características Sociodemográficas de las Personas.

Del total de notificaciones de los tres años analizados, el 37.8% corresponde a hombres y el 62.2% son mujeres.

Respecto a la edad, el 65.1% de los casos se concentra entre los 20 y 39 años. El 86.2% tiene más de 19 años y el 12.3% se encuentra entre los 15 y los 19.

En cuanto a la identidad sexual, el 86.7% de las personas se declara heterosexual, el 8.9% homosexual y el 2.1% bisexual. Al analizar la información según diagnóstico e identidad sexual declarada, se aprecia que las patologías más frecuentes entre los heterosexuales son: Condiloma Acuminado (41.9%), UNG (12.3%), Vaginosis bacteriana (12.2%) y Sífilis (11.6%). Entre los consultantes que se declaran bisexuales los diagnósticos más recurrentes son: Condiloma Acuminado (37%) y Sífilis (28.6%). En el grupo que se declara homosexual los diagnósticos que concentran el mayor número de casos son: Condiloma Acuminado (45.6%), Sífilis (28.6%) y Gonorrea (10.4%).

Total casos notificados en CETS, según diagnóstico y actitud sexual declarada
Años 2006-2007-2008

| Diagnóstico | Bisexual | | Heterosexual | | Homosexual | | Desconocida | |
|----------------------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Candidiasis | 2 | 1,7 | 358 | 7,1 | 17 | 3,3 | 0 | 0,0 |
| Condiloma Acuminado | 44 | 37,0 | 2111 | 41,9 | 233 | 45,6 | 37 | 43,5 |
| Gonorrea | 22 | 18,5 | 287 | 5,7 | 53 | 10,4 | 9 | 10,6 |
| Herpes Genital | 2 | 1,7 | 211 | 4,2 | 20 | 3,9 | 4 | 4,7 |
| Sífilis (todas las causas) | 34 | 28,6 | 586 | 11,6 | 146 | 28,6 | 21 | 24,7 |
| Tricomoniasis | 0 | 0,0 | 95 | 1,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Uretritis No Gonocócica | 7 | 5,9 | 618 | 12,3 | 34 | 6,7 | 4 | 4,7 |
| Vaginosis Bacteriana | 0 | 0,0 | 613 | 12,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Clamidia | 0 | 0,0 | 26 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Otro | 8 | 6,7 | 138 | 2,7 | 8 | 1,6 | 10 | 11,8 |
| TOTAL | 119 | 100 | 5043 | 100 | 511 | 100 | 85 | 100 |

Fuente: Formulario de Notificación de ITS de los CETS-DEIS

Finalmente, al analizar la escolaridad de las personas atendidas en los establecimientos Centinela se aprecia que el 57.4% de los casos tiene educación media y un 17.8% cuenta con educación superior.

IV.- RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA⁸.

En este apartado se entrega información sobre la Respuesta Nacional al VIH/SIDA y las ITS en Chile, considerando las principales características y avances realizados en materia de prevención; atención, apoyo y tratamiento; y mitigación del impacto de la epidemia.

Cabe señalar, que en relación al reporte anterior (2008), existen dos situaciones relevantes que incidieron en la Respuesta Nacional durante los últimos años. Una de ellas es la evaluación de los procedimientos implementados en los sistemas asociados al diagnóstico de infección por VIH y a los mecanismos de registro y monitoreo de estos casos en los distintos niveles de la atención en salud y, la otra, corresponde a la paralización del Proyecto Fondo Global en Chile.

Si bien estas situaciones son detalladas en la sección referida a los principales problemas del último bienio, es necesario considerarlas como contexto en el cual se enmarca la información sobre la Respuesta Nacional que aquí se presenta.

1.- MARCO DE REFERENCIA Y COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA.

1.1.- Referencias Centrales de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA.

1.1.1.- Referencias Generales.

Las referencias centrales de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA en Chile pueden sintetizarse en las siguientes:

- Las Políticas de Salud vigentes y los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales (Organización Mundial de la Salud, OMS; Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA).
- El Principio de Acceso Universal, esfuerzo mundial que pretende atención, prevención y tratamiento provisto de manera integral e integrada para todas las personas y comunidades y para lo cual resulta fundamental el trabajo asociativo, participativo y en coordinación con múltiples sectores para incidir sobre factores estructurales y culturales que aumentan la vulnerabilidad de las personas y afectan la salud de los pueblos. En la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrada en junio de 2008, los Estados Miembros de las Naciones Unidas, entre ellos Chile, reafirmaron continuar en este esfuerzo y compromiso.

1.1.2.- Principios Éticos.

Tanto las políticas como las estrategias de la Respuesta Nacional y del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, se sostienen en un conjunto de principios éticos universales enfocados en el bienestar humano, que se han elegido, entendiendo que las

⁸ Para la elaboración de este capítulo se consideraron los documentos de trabajo elaborados por CONASIDA, así como los estudios y estadísticas que se han detallado en las fuentes consultadas durante el proceso.

propuestas, lineamientos y orientaciones técnicas que se disponen para abordar la epidemia del VIH/SIDA y ITS, pueden tener repercusión, directa e indirecta en la vida de las personas.

Estos principios éticos no son, ni pretenden ser exhaustivos. Son enunciados de carácter general y los valores que constituyen cada uno de ellos, han sido concebidos como criterios orientadores para facilitar la toma de decisiones y promover respuestas adecuadas a las realidades de la sociedad chilena.

- Derecho a la vida.
- Respeto a los valores y creencias de las personas.
- Derecho a la decisión en conciencia libre e informada.
- Respeto por la dignidad de las personas.
- Derecho a la privacidad y confidencialidad.
- No discriminación.
- Solidaridad.
- Derecho a acceder a técnicas y recursos disponibles, científicamente comprobados como efectivos.

1.1.3.- Principios Políticos.

Los principios políticos de la Respuesta Nacional se basan en una cultura centrada en las personas y consideran la equidad, la descentralización, la intersectorialidad y la participación.

- **Equidad.** Se promueve la equidad en el acceso a los servicios e iniciativas de prevención y acceso a medidas terapéuticas. La distribución de recursos se realiza conforme a criterios tales como: vulnerabilidad, impacto socio-económico de la epidemia y evolución epidemiológica de la enfermedad. El enfoque de los determinantes sociales en salud permite orientar el trabajo con el fin de disminuir las barreras de acceso a la oferta de servicios públicos y privados (red social).
- **Descentralización.** Las Autoridades Sanitarias Regionales, han asumido la Respuesta Regional Integrada de Prevención (RRIP), lo que significa hacerse cargo del trabajo preventivo en la región bajo su responsabilidad. Esta forma de descentralización, se expresa en los Planes Regionales de Prevención coordinados por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS de Salud) en cada región, y tienen la característica de ser adecuados a las realidades epidemiológicas y culturales locales. Los recursos compartidos, la formulación y ejecución de proyectos locales, y la asignación de fondos a través de proyectos concursables, son medios que apuntan a crear capacidad de gestión y responder más directamente a las necesidades locales.
- **Intersectorialidad.** Promueve el trabajo y las iniciativas con otros Ministerios o Servicios de la administración del Estado (Educación; Justicia; Servicio Nacional de la Mujer; Ministerio de Planificación Nacional a través del Instituto Nacional de la Juventud; del Interior por intermedio del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes), con los Gobiernos Regionales, las Municipalidades, otros organismos del Estado, instituciones públicas y privadas, centros académicos y organizaciones sociales.
- **Participación.** Se da a través de diversos ámbitos, como la conformación de equipos de trabajo y alianzas con representantes de diferentes estructuras de los distintos sectores del

Estado, de instituciones públicas y privadas, de organizaciones sociales y no gubernamentales y de sociedades científicas, así como en la creación conjunta de estrategias y líneas de acción.

1.1.4.- Compromisos.

1.1.4.1.- Compromisos Nacionales.

En relación a la concordancia de la Respuesta Nacional respecto a políticas gubernamentales más amplias, es posible señalar su vinculación con la Política de Modernización del Estado y con la Reforma de Salud.

- **Política de Modernización del Estado.**

La estrategia de modernización del Estado en curso, considera entre sus ejes fundamentales la participación, la transparencia y la descentralización, los que han sido plenamente incorporados a la estrategia de diseño e implementación de la Respuesta Nacional.

- **Reforma de Salud.**

El Plan Nacional de Desarrollo del Sector Salud de Chile se basa en los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 - 2010. La prevención y la atención del VIH/SIDA forman parte de dichos objetivos, definiéndose –así– como una de las áreas más relevantes de los problemas de salud pública en el país. Estos objetivos constituyen el marco global del accionar de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA/ITS. El VIH/SIDA está incorporado en dos grandes áreas:

- Control de los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida, cuyo propósito es “Promover conductas sexuales seguras como la única manera de prevenir la infección por VIH/SIDA y las ETS y evitar los embarazos adolescentes no deseados”. En este ámbito se han comprometido metas que se refieren al incremento del uso del condón en el inicio sexual, en los adolescentes entre 15 y 19 años y en las personas con más de una pareja sexual.
- Enfrentamiento de las enfermedades que generan la mayor carga de mortalidad y para las que se cuentan con medidas de intervención de efectividad probada, cuyo propósito es “Quebrar la tendencia ascendente de la curva de mortalidad y prevenir la transmisión vertical del VIH”. En este ámbito de atención asistencial las metas que se ha propuesto el país son: mantener cobertura de 100% de acceso a tratamiento antiretroviral, quebrar la tendencia ascendente de mortalidad por SIDA y reducir la transmisión vertical del VIH.

La reforma del Sector Salud, constituye el instrumento central para la consecución de los Objetivos Sanitarios. La conformación de la Autoridad Sanitaria Regional es un elemento fundamental, residiendo en ella la responsabilidad de las acciones de promoción y prevención. Es allí donde se ejecutan los Planes Regionales de Prevención del VIH/SIDA, caracterizados por ser intersectoriales, participativos y respondiendo al perfil epidemiológico local.

Otro elemento central se refiere a la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES)⁹, la que -a partir del 01 de julio de 2005- compromete la sustentabilidad de cobertura del 100% del tratamiento antiretroviral y los exámenes de monitoreo.

- **Plan de 90 Días.**

A principios del año 2009, el Ministerio de Salud formuló el Plan de 90 Días, que definió metas claras y evaluables en áreas de gestión prioritarias para la salud de la población, que debían ser desarrolladas en un plazo de 90 días.

Esta estrategia, que fue apoyada con recursos financieros extraordinarios aportados por el Ministerio de Hacienda, consideró al VIH/SIDA y las ITS, a través de la línea "reforzamiento y consolidación de la consejería y desarrollo de nuevos procedimientos en el acceso y seguimiento en el diagnóstico de infección por VIH" y contribuyó a introducir acciones correctivas en los sistemas de registro relacionados con los procesos involucrados en el diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH y la comunicación de los resultados a los usuarios (para mayor información sobre el Plan de 90 Días puede revisarse la sección "Principales Problemas y Acciones Correctoras" de este informe).

1.1.4.2.- Compromisos Internacionales.

A continuación se sintetizan los vínculos con iniciativas internacionales que –en el marco de la lucha contra el VIH/SIDA- posee el país y en los cuales el Programa Nacional debe participar para su cumplimiento.

- **Metas del Milenio a ser cumplidas el año 2015.**

Chile asumió las Metas del Milenio globalmente, incluyendo aquellas relativas al Sector Salud y al VIH/SIDA, las que se han incorporado como metas de impacto para la Respuesta Nacional.

- **Compromisos UNGASS.**

Chile también suscribió los Compromisos UNGASS, acogidos a partir del llamado de Naciones Unidas con ocasión de la Asamblea Extraordinaria sobre SIDA, realizada en 2001 (conocida como UNGASS), en el cual los países se comprometieron a cumplir distintas metas relacionadas con la prevención y atención del VIH/SIDA, así como a luchar contra la discriminación y la ampliación de la participación social e intersectorial en la respuesta a la epidemia. Este compromiso país fue ratificado por Chile en la revisión de los avances mundiales en Naciones Unidas (2006).

- **UNITAIDS (Iniciativa Internacional de las Naciones Unidas para facilitar la compra de antiretrovirales para el tratamiento del SIDA).**

Esta iniciativa, creada en 2006, busca asegurar el acceso a los medicamentos antiretrovirales a países en desarrollo, dando cuenta de un principio de solidaridad y cooperación horizontal como parte de la lucha mundial contra el hambre y la pobreza. En este contexto, Chile fue uno de los 5 países fundadores, el Programa participó en los lineamientos técnicos de la iniciativa, cuyos fondos van principalmente a los países de ingreso bajos.

⁹ Ley 19.966.

- **Convenio Hipólito Unanue, Comunidad Andina de Naciones.**

Chile forma parte del Comité Técnico Andino en VIH/SIDA. En esta instancia se desarrollan iniciativas que abordan los desafíos comunes en la subregión, entre ellas, la Iniciativa Andina de Acceso a TARV: Negociación Conjunta para la obtención de precios más adecuados.

- **Mercado Común del Sur (MERCOSUR).**

En esta instancia Chile participa como Estado Asociado en la Comisión Intergubernamental de VIH/SIDA, que desarrolla iniciativas que abordan los desafíos comunes en la subregión.

- **Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y El Caribe. “Previniendo con Educación”.**

El 01 de agosto de 2008 se celebró en la Ciudad de México la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y El Caribe, donde los Estados, entre ellos Chile, firmaron compromisos entre los ministerios de educación y salud de la región, para prevenir la transmisión del VIH a través de la educación sexual y establecer alianzas y redes regionales de cooperación.

1.2.- Principales Actores de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA.

1.2.1.- El Programa Nacional de VIH/SIDA y los Principales Referentes en el Sector Salud.

1.2.1.1.- La Comisión Nacional del SIDA.

La Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, del Ministerio de Salud, fue creada el 5 de Mayo de 1990 como el organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación global del Programa de Prevención y Control del SIDA en Chile. En 1997 se traspasa a la CONASIDA el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Actualmente la Comisión forma parte de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) de la Subsecretaría de Salud Pública.

Su misión es desarrollar la Política Pública de Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA e ITS para disminuir la morbilidad, mortalidad, transmisión y discriminación de personas en situación de vulnerabilidad, regulando, apoyando, monitoreando y evaluando la implementación de servicios y prestaciones de calidad, con un trabajo participativo, intersectorial y descentralizado.

Entre sus objetivos estratégicos se encuentran:

- Fortalecer la rectoría y regulación de la prevención y atención del VIH/SIDA y las ITS, mediante la actualización de normativas, el monitoreo de la implementación de los modelos de atención en las Redes Asistenciales y la evaluación de sus resultados.
- Promover el diagnóstico, la atención biosicosocial y el tratamiento oportuno, de calidad y no discriminatorio, entre los usuarios y prestadores, para contribuir a la adherencia a las prestaciones de salud, la disminución de la morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA e ITS.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Liderar el desarrollo, ejecución y evaluación participativa en todos los niveles de la estrategia nacional de prevención para disminuir la transmisión del VIH/SIDA y la ITS.
- Desarrollar capacidades y competencias en la Autoridad Sanitaria y en la Red Asistencial para mejorar la implementación integral del programa.
- Mejorar continuamente los procesos y recursos humanos, tecnológicos y financieros, para gestionar el programa con eficiencia y calidad.

1.2.1.2.- Otras Áreas del Ministerio de Salud.

Si bien CONASIDA es la instancia que coordina la Respuesta Nacional a nivel estatal, al interior del sector salud existen otros referentes importantes, que permiten diseñar, implementar y evaluar las estrategias en la materia.

- Uno de estos referentes está dado por la vigilancia epidemiológica, que en la actualidad es desarrollada por la Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud y que permite contar con información sobre el comportamiento de la epidemia.
- Otra instancia fundamental para la Respuesta Nacional la constituyen las Autoridades Sanitarias Regionales, en las que reside la responsabilidad de las acciones de promoción y prevención, y desde donde se ejecutan los Planes Anuales de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, insertos en los Planes Regionales de Salud Pública, y caracterizados por ser intersectoriales, participativos y adecuados al perfil epidemiológico local.
- Desde otra perspectiva, las Redes Asistenciales también representan un referente central en cuanto a la atención, el tratamiento y el apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA, los que se concentran en los 33 Centros de Atención Integral a PVVIH de los 29 Servicios de Salud del país, insertos en el nivel secundario de atención.
- Finalmente, el Instituto de Salud Pública del Ministerio de Salud es la instancia referente nacional encargada de la confirmación de los resultados de los exámenes de VIH de todo el país y del estudio de la infección pediátrica, cumpliendo un rol central en los procesos de diagnóstico de laboratorio.

1.2.- La Participación de la Sociedad Civil.

Otro actor relevante de la Respuesta Nacional a la epidemia es la sociedad civil organizada, existiendo diversas organizaciones vinculadas a la población de hombres que tienen sexo con hombres, otras minorías sexuales, trabajadoras sexuales, población trans y personas viviendo con VIH/SIDA, entre otras, las que –además- integran dos redes con trabajo en la temática: la Asamblea de Organizaciones Sociales y No Gubernamentales con Trabajo en SIDA – ASOSIDA y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Personas VVIH/SIDA – VIVO POSITIVO.

Estas organizaciones y redes sociales han participado desde los inicios de la Respuesta Nacional y desarrollan un trabajo fundamental en materia de prevención primaria y secundaria, además de su rol de control ciudadano.

Cabe destacar la participación de tres organizaciones de la red ASOSIDA en la ejecución del primer estudio de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres realizado en el país con metodología basada en quienes responden (RDS).

No obstante lo anterior, debe señalarse que la participación de la sociedad civil disminuyó considerablemente a partir de la suspensión del proyecto Fondo Global y de la disminución sistemática de los fondos destinados a su trabajo, viéndose afectada su capacidad de acción debido a la falta de recursos financieros, la desarticulación entre algunas organizaciones y la discontinuidad de diversas instancias de interlocución y trabajo conjunto con el gobierno.

1.3.- Agencias de Naciones Unidas – OPS/OMS.

Las Agencias de Naciones Unidas – OPS/OMS con presencia en el país, que forman el Grupo Temático de ONUSIDA (GTO), también constituyen una instancia importante, que presta asistencia técnica a los diversos actores de la Respuesta Nacional.

Debe destacarse la participación activa de distintas agencias en el proceso de elaboración del Informe de Chile para UNGASS 2010, que contó con la colaboración de ONUSIDA, OPS, OIT, UNESCO, UNICEF, PMA, FAO y PNUD.

1.4.- La Coordinación Intersectorial.

Como se ha señalado, a nivel nacional la coordinación intersectorial se expresa a través de acuerdos e iniciativas de trabajo bilaterales establecidas por CONASIDA con otros Ministerios: de Educación (MINEDUC), de Justicia (Gendarmería y Servicio Nacional de Menores), de Planificación Nacional a través del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), del Interior por intermedio del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes y de Secretaría General de Gobierno a través de la División de Organizaciones Sociales. También existe coordinación con Gobiernos Regionales, Municipalidades, con otros organismos del Estado, instituciones públicas y privadas, centros académicos, ONGs y organizaciones comunitarias.

Además, a nivel local, se han constituido instancias de trabajo intersectoriales, como parte de los Planes Anuales de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, desarrollados por las Autoridades Sanitarias Regionales.

Si bien la coordinación bilateral ha existido durante el último bienio, debe mencionarse su disminución a partir de la suspensión del Proyecto Fondo Global en Chile, por lo que alianzas requieren profundizarse y transversalizarse para avanzar hacia un plan multisectorial posible de sustentarse.

2.- PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD.

2.1.- Ejes Centrales de las Intervenciones en Prevención.

El trabajo en prevención tiene relación con todos los objetivos estratégicos de la Comisión Nacional del SIDA; sin embargo, la mayoría de sus acciones se enmarcan en la disminución de la transmisión del VIH/SIDA y de las ITS, fortaleciendo la capacidad de gestionar el riesgo de las personas y aportando en la disminución de su vulnerabilidad

Los ejes centrales de las políticas preventivas de la Respuesta Nacional se basan en la Gestión de Riesgo y la Vulnerabilidad, conceptos que corresponden a niveles diferentes. El riesgo se refiere a una probabilidad determinada por la conducta individual; en cambio, la vulnerabilidad está dada fundamentalmente por la inequidad y desigualdad social, en general, por los factores determinantes del proceso salud-enfermedad. Estos conceptos se plasman en las Estrategias de Prevención en dos niveles:

- Persona, con quien se busca facilitar y posibilitar la gestión de riesgo de sus conductas individuales.
- Sociedad, donde se intenta aportar a disminuir la vulnerabilidad, reduciendo el impacto de la inequidad y la desigualdad social.

2.1.1.- Gestión de Riesgo.

La Gestión de Riesgo se entiende como un proceso que tiene momentos definidos:

- Diagnóstico o autodiagnóstico del riesgo.
- Creación o recreación de soluciones pragmáticas, adecuadas al contexto de vida.
- Decisión de llevar a cabo la solución.
- Desarrollo y ejecución de destrezas y habilidades.
- Ejecución de la decisión.

A lo anterior, se agrega la identificación de situaciones sociales que aumentan las condiciones de riesgo individual, como, por ejemplo, las relativas al consumo de sustancias, las que deben considerarse a la hora de implementar acciones de prevención.

2.1.2.- Vulnerabilidad.

Por su parte, el eje Vulnerabilidad, dado que se relaciona con una multiplicidad de factores personales y sociales asociados a inequidad y desigualdad, se aborda en 5 dimensiones:

- Dimensión individual, que considera las variables a nivel personal que reducen el control frente a la prevención de las personas. Considera los aspectos biológico, relacional y afectivo.
- Dimensión social, que focaliza el análisis en las variables de tipo macrosocial, en donde adquiere relevancia el acceso de las personas a condiciones sociales y culturales que apoyen el proceso de reducción de riesgo.
- Dimensión económica, que visibiliza cómo las variables de tipo económico pueden influir en la reducción del control frente a la prevención por parte de las personas. Algunas variables de relevancia en esta dimensión incluyen el acceso al trabajo, la estabilidad laboral, el acceso a un sistema previsional y a salarios justos y adecuados a las necesidades de las personas.
- Dimensión política, que releva el papel que cumplen las definiciones políticas en la facilitación u obstáculos para implementar medidas personales o colectivas de autocuidado. Se relaciona con la prioridad que adquiere el tema dentro de las políticas públicas y

pretende destacar la necesidad de generar contextos sociales favorables a las medidas preventivas y que promuevan la participación ciudadana.

- La dimensión de género y otras variables de estructuración social. El género puede ser comprendido como parte de la dimensión social de la vulnerabilidad, no obstante, en la estrategia preventiva se ha considerado necesario destacar esta variable, por cuanto, la manera en que se entiende lo femenino y lo masculino en una sociedad, será un elemento fundamental al momento de hacer un análisis de la vulnerabilidad y riesgo de las personas frente al virus del SIDA y las ITS.

2.2.- Niveles de Trabajo y Acciones en Prevención.

La Estrategia Nacional de Prevención, en lo particular, se ha implementado a través de acciones con objetivos específicos, desarrollados en cuatro niveles simultáneamente, que complementan y potencian su quehacer; 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.

- **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.
- **Nivel Grupal Comunitario.** Los objetivos son socializar aprendizajes de prevención entre pares, y promover ambientes sociales que valoren la prevención; a través de iniciativas focalizadas en poblaciones más vulnerables y proyectos comunitarios y comunicacionales con población general.
- **Nivel masivo.** El objetivo central es mantener la alerta social y la percepción de riesgo de la población. En este nivel se encuentran las campañas de comunicación social, eventos o actividades dirigidas a un público masivo y heterogéneo.
- **Nivel Intersectorial e Institucional.** El objetivo es sensibilizar y articular áreas de colaboración entre distintos organismos de gobierno en función de potenciar y ampliar la respuesta nacional al VIH/SIDA y las ITS.

2.3.- Respuesta Regional Integrada.

Las políticas descentralizadas de Prevención del VIH y las ITS se encuentran materializadas actualmente en la Respuesta Regional Integrada, que se fundamenta en la necesidad de consolidar procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que permitan integrar y articular en el nivel local las experiencias ya realizadas, así como avanzar en la coordinación de esfuerzos entre el sector salud y otros sectores –del Estado y de la sociedad civil organizada– que desarrollan temáticas interrelacionadas, como son la sexualidad, el desarrollo personal, el autocuidado y la promoción de la salud, para intervenir más efectivamente en problemas relacionados con la salud sexual y, específicamente, con el VIH/SIDA y las ITS.

Su propósito general es contribuir a la disminución de la transmisión del VIH/SIDA, las ITS y la discriminación, implementando una respuesta preventiva integrada y articulada que profundice la focalización en poblaciones más vulnerables y asegure la continuidad de acciones comunitarias y comunicacionales en población general y el acceso a recursos y servicios preventivos disponibles.

3.- ATENCIÓN, APOYO Y TRATAMIENTO.

3.1.- Sistema de Atención en Salud a Personas que Viven con VIH.

El Sistema de Salud Pública cuenta con Centros de Atención a Personas que viven con VIH (adultos y niños) en los Servicios de Salud. Estos Centros de Atención se encuentran en los CDT, CAE o CETS¹⁰. En cada uno de esos centros existe un equipo interdisciplinario encargado de la recepción, diagnóstico, tratamiento y atención continua de los consultantes. Los requisitos generales para que las personas puedan ingresar a los programas de estos Centros de Atención son:

- Ser beneficiario(a) del Sistema Público de Salud (FONASA o PRAIS¹¹).
- Residir en el sector correspondiente al Servicio de Salud en que se solicita atención, acreditado por Certificado de Residencia.
- Tener un diagnóstico serológico VIH+, confirmado por el Instituto de Salud Pública.

3.2.- Acceso a las Terapias Antiretrovirales (TARV) en Chile.

En Chile, el acceso a tratamiento antiretroviral (TARV), se inicia el año 1993, y en concordancia con los avances científicos logrados hasta ese momento, los tratamientos se basaron en monoterapias y, luego –desde 1996-, en biterapias. En 1999 se continuó el mejoramiento de la calidad de las terapias incorporando en forma parcial la triterapia. El 1 de junio de 2003 se alcanzó la cobertura del 100% en el sistema público de salud. Con la incorporación del acceso a tratamiento antiretroviral en las Garantías Explícitas en Salud (Ley 19.966), a partir del 1 de julio de 2005 se compromete la sustentabilidad legal de cobertura del 100% del tratamiento antiretroviral para las personas que lo requieran de acuerdo a la Guía Clínica vigente.

Algunas de las estrategias utilizadas para aumentar la eficiencia de recursos en la compra de estos medicamentos son:

- Una compra centralizada, obteniendo economía de escala, originada por compras de un mayor volumen desde el Ministerio de Salud.
- Participación en iniciativas internacionales para mejorar el acceso a TARV.
- Negociaciones nacionales e internacionales con Compañías Farmacéuticas.
- Un protocolo terapéutico estandarizado para todo el país.
- Comité Científico Asesor con el propósito de velar por el cumplimiento de las Guías Clínicas y unificar los criterios de esquemas terapéuticos utilizados, los médicos tratantes envían solicitudes de inicio o cambio de tratamiento a la Comisión Nacional del SIDA, las que son analizadas por el Comité Científico Asesor sugiriendo los esquemas más apropiados para cada persona, de acuerdo a los antecedentes señalados en el Formulario de Solicitud de Tratamiento elaborado específicamente para este fin.
- Evaluación de impacto de tratamiento antiretroviral, en adultos y niños a través de estudios de cohorte.

¹⁰ CDT: Centro de diagnóstico terapéutico. CAE: Consultorio Adosado de Especialidades. CETS: Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual. Policlínicos adosados a Hospitales tipo 4.

¹¹ FONASA: Fondo Nacional de Salud. PRAIS: Programa de Reparación en Atención Integral en Salud y Derechos Humanos.

3.3.- Régimen de Garantías Explícitas en Salud, GES.

Como se ha señalado, en julio de 2005 entró en vigencia la Ley N° 19.966 de Garantías Explícitas en Salud. El acceso a tratamiento antiretroviral (TARV) es uno de los problemas prioritarios considerados en dicha Ley, que es aplicable para los beneficiarios del sistema público y privado, y garantiza:

- Acceso a tratamiento antiretroviral (TARV) y exámenes de monitoreo virológico e inmunológico y genotipificación para las personas que lo requieren, con cobertura del 100% para los adultos, niños/as y prevención de transmisión vertical.
- Oportunidad que establece los tiempos máximos de espera (entre 7 y 35 días) para recibir los tratamientos antiretrovirales.
- Protección financiera que establece un co-pago de un 20% del esquema terapéutico y exámenes de monitoreo. Sin embargo, en el sistema público de salud dichas prestaciones son gratuitas para sus beneficiarios (FONASA, PRAIS).

3.4.- Protocolo de Tratamiento.

El tratamiento de las personas adultas y pediátricas VVIH/SIDA en Chile, se encuentra protocolizado en la Guía Clínica Garantías Explícitas en Salud (GES), su actualización al año 2009, se encuentra en etapa inicial de implementación.

3.5.- Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical.

La Ley 19.996, establece entre las Metas de Cobertura de Medicina Preventiva, la oferta del test de detección de VIH a las embarazadas en control, con consejería y consentimiento informado. En forma complementaria, la Norma de Prevención de Transmisión Vertical del VIH (N° 81, aprobada por Resolución Exenta N° 622 del 17.10.2005), establece el protocolo de Prevención de Transmisión Vertical que se aplica a las embarazadas que resultaran VIH (+) y considera tratamiento en tres fases, a saber:

- Embarazo: uso de antiretrovirales a partir de la semana 24 de gestación o al momento del diagnóstico de VIH, si este ocurriera después. Si la embarazada tiene criterios clínicos o inmunológicos para inicio de TARV, ésta debe iniciarse de inmediato, independiente de las semanas de gestación.
- Parto: uso de ARV durante cuatro horas antes de inicio de trabajo de parto.
- Recién nacido: uso de antiretrovirales en el recién nacido, durante las primeras 6 semanas de vida.
- El tratamiento para Prevención de Transmisión Vertical, está garantizado por GES.

La Norma establece la oferta del test de detección de VIH para VIH a las embarazadas a más tardar en el 2º control de embarazo y del Test Rápido para usar en maternidades en aquellas mujeres que no controlaron su embarazo.

3.6.- Exámenes de Monitoreo.

Las GES también consideran el acceso y protección financiera para los exámenes de:

- Linfocitos totales y CD4/CD3/CD8.

- Determinación de carga viral.
- Test de Resistencia Genética o Genotipificación.

3.7.- Infecciones Oportunistas.

La infección por VIH, provoca una disminución de linfocitos CD4, causando una inmunodepresión celular, lo que explica la reactivación de una serie de infecciones latentes adquiridas anteriormente y/o aparición de ciertas enfermedades llamadas infecciones o enfermedades oportunistas.

Las personas que viven con VIH pueden acceder, en su centro de atención, a los medicamentos para profilaxis y/o tratamiento de Infecciones Oportunistas, según indicaciones del/ la médico(a) tratante. Estos medicamentos no están garantizados por GES, sin embargo, desde Fondo Nacional de Salud, se transfieren recursos financieros para que los Servicios de Salud compren de acuerdo a las necesidades de las personas en control, de esta forma el 100% de las personas que lo requieren acceden a estos medicamentos.

3.8.- Apoyo Psicosocial a Personas que Viven con VIH.

Las personas que viven con VIH (niños/as, adolescentes y adultos/as), requieren la implementación de un sistema de apoyo psicosocial que permita atender, entre otros, las siguientes situaciones:

- Impacto de la comunicación del diagnóstico de VIH.
- Proceso de vivir con VIH.
- Discriminación y/o aislamiento social por vivir con VIH.
- Autocuidado y prevención secundaria del VIH.
- Adherencia a los tratamientos y controles de salud.

Los servicios de apoyo psicosocial pueden ser obtenidos en los Centros de Atención Hospitalaria a PVVIH que cuentan con personal de salud capacitado en Consejería en VIH/SIDA y con profesionales psicólogos y asistentes sociales. Las actividades desarrolladas por estos/as profesionales permiten una atención personalizada para la identificación de conflictos psicológicos y sociales relevantes que se asocian al VIH/SIDA.

4.- MITIGACIÓN DEL IMPACTO.

Las estrategias detalladas en la sección anterior, presentan una serie de efectos que han contribuido a mitigar el impacto del VIH/SIDA.

4.1.- Principales Logros en Prevención años 2008 – 2009.

- Todas las regiones implementan un Plan Anual de Prevención construido participativamente con otros sectores del Estado y organizaciones sociales, incorporando proyectos destinados a población general y focalizada, de acuerdo a Documento Técnico de Orientaciones difundido por el nivel central, que considera trabajo prioritario en: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales, personas privadas de libertad, entre otras.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Diseño y emisión de 2 Campañas de Comunicación Social, difundidas a nivel nacional a través de medios de comunicación, transporte y vía pública, con el objetivo de:
 - Difundir los mecanismos disponibles para el apoyo de las decisiones de la población para la prevención del VIH, esto es, promover las opciones preventivas de la transmisión sexual.
 - Promover el servicio de Consejería en VIH/SIDA.
 - Instalar socialmente la necesidad del acceso temprano al examen diagnóstico del VIH (test de ELISA para el VIH), la atención y tratamiento garantizado en GES, para evitar el avance de la infección y el deterioro en la calidad de vida.
 - Reforzar la responsabilidad compartida entre el sistema de salud, los(as) usuarios(as) y la sociedad, en el acceso al tratamiento y al apoyo social que requieren quienes viven con VIH.
 - Promoción del uso del condón.
- Continuidad de la consejería cara a cara en la Red Asistencial y telefónica (FONOSIDA).
- En el marco del Plan de 90 Días, se reforzó y consolidó la consejería para la prevención del VIH/SIDA y las ITS, a través:
 - Catastro Nacional de profesionales y técnicos capacitados en Consejería.
 - Reformulación del Manual de formación básica en Consejería, orientado a disminuir las barreras de acceso al examen, diferenciando tipos de consejería entre aquella para la prevención y la asociada a la toma del examen de VIH.
 - Formación en consejería a 595 funcionarios de los Servicios de Salud.
- Distribución nacional de preservativos a poblaciones prioritarias para la prevención: adolescentes y jóvenes, personas que viven con VIH, personas que consultan por ITS, trabajadoras sexuales, personas privadas de libertad.
- Difusión de la Norma de Manejo y Tratamiento de ITS que incluye la entrega de contenidos educativos para la prevención y protocolo de consejería en ITS y capacitación a los equipos de la red de atención de las ITS, de los 29 Servicios de Salud en la implementación de la normativa.
- Planes Regionales para la eliminación de la Sífilis Congénita en las 15 regiones del país.

4.2.- Principales Logros en Atención, Tratamiento y Apoyo años 2008 - 2009.

- Mantenimiento de la cobertura de 100% de tratamiento antiretroviral y exámenes de monitoreo para las personas con VIH/SIDA.
- Evaluación de impacto de terapias, a través de estudio de cohorte de adultos en tratamiento.
- Compra centralizada de Antiretrovirales a través de CENABAST.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Actualización de la Guía Clínica para la Atención en VIH/SIDA. Incorporación de nuevos medicamentos en el Plan de compras de ARV y garantía de abastecimiento de medicamentos para la incorporación más precoz a TARV de acuerdo Guía actualizada.
- Evaluación de la implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.
- Publicación de las Orientaciones Técnicas para el apoyo psicosocial a niños y niñas que viven con VIH.
- Programa de Actualización y Capacitación en VIH/SIDA para profesionales de la Red Asistencial, a través de Curso de Post Grado en la Universidad de Chile, pasantías de 2 y 3 meses para médicos de regiones en Centros de Atención de la Región Metropolitana y Jornada de Actualización en técnicas diagnósticas y exámenes de monitoreo para VIH/SIDA para tecnólogos médicos.
- Elaboración, difusión y capacitación en la Norma de Manejo y Tratamiento de ITS.
- Programa de Actualización y Capacitación en ITS para profesionales de la Red Asistencial, a través de pasantías de 1 semana de médicos, matronas o enfermeras y tecnólogos médicos de regiones en Centros de Atención y laboratorios de la Región Metropolitana

4.3.- Principales Logros en Detección, Diagnóstico y Monitoreo de Casos.

- Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH, para estandarizar los procedimientos de detección, diagnóstico y comunicación de resultados en forma oportuna, eficaz y eficiente en todos los niveles de atención del sector público y privado de salud.
- Sistema informatizado de Registro Único Nacional Público-Privado de información y registro, de los procesos involucrados en el diagnóstico de la infección por VIH, que cautelará la comunicación oportuna del resultado.

4.4.- Principales Logros desde otros Sectores del Estado y Trabajo Intersectorial años 2008 – 2009.

- Desde el INJUV se desarrolla un programa vinculado al VIH/SIDA en la población joven, relevándose el trabajo en: prevención del VIH/SIDA, a partir de la entrega de preservativos, información y asesoría sobre como usar un condón a los jóvenes usuarios de Infocentros y de las Direcciones Regionales del INJUV; entrega de información especializada a organismos que la soliciten, sobre temas de sexualidad, considerando los datos generados por las Encuestas de Juventud y por el Observatorio de la Juventud; y asesoría a otras instituciones vinculada al uso de la información entregada. En este sentido se reconoce la instalación de un servicio y de una demanda vinculada a la entrega de condones en los Infocentros y en las Direcciones Regionales, así como un sistema de registro de los usuarios de este servicio, que se implementa on line desde noviembre de 2009 y que permite generar datos de cobertura y de perfiles de los jóvenes.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- En cuanto a discriminación, se releva la Agenda Pro Participación (2006 - 2010) impulsada por la División de Organizaciones Sociales (DOS), que incluye un eje de trabajo en no discriminación, el cual incorpora una línea relacionada a la temática del VIH/SIDA y la no discriminación a las personas que viven con VIH. Esta Agenda también contiene líneas relacionadas a las minorías sexuales. Además, entre las líneas de trabajo de la DOS se destaca la realización del Concurso de Buenas Prácticas, que ha permitido reconocer Buenas Prácticas relacionadas con la temática del VIH/SIDA y de grupos vulnerables.
- En el ámbito de la educación, se destaca el desarrollo de dos líneas de trabajo impulsadas desde la Secretaría de Educación en Afectividad y Sexualidad del Ministerio de Educación. En primer lugar, la capacitación realizada en conjunto con la Universidad de Chile, a través de un método e-learning y que tiene carácter de actualización de postítulo para los docentes que participen. Esta capacitación, iniciada en el año 2006, se ha ampliado a distintos tipos de docentes, además de los padres y apoderados, y recientemente a los asistentes de la educación, abordando diversas temáticas sobre afectividad y sexualidad, entre las cuales se encuentra el VIH/SIDA, como un curso específico que puede ser tomado por los participantes. En segunda instancia se releva la elaboración de planes para trabajar temas de afectividad y sexualidad. Para la elaboración de estos planes se realizan jornadas con los establecimientos educacionales de las distintas regiones del país, los que luego formulan sus planes y los envían a los niveles regionales. Esta línea de trabajo considera la vinculación de los planes con la participación en la línea de capacitación, con el objetivo de contar con equipos capacitados para realizar las actividades.
- En cuanto a las personas privadas de libertad puede mencionarse la realización, por parte de Gendarmería de Chile –en conjunto con la Universidad Mayor-, de una capacitación a 300 alumnos de la Escuela de Gendarmería, en ITS, VIH, uso de preservativos y atención de emergencia de partos. Por otra parte, entre 2007 y 2008 se formaron 315 consejeros básicos (ITS, VIH/ SIDA) entre los funcionarios uniformados, de salud y profesionales de la institución (curso de 36 horas cronológicas). Además, durante 2008 y 2009, se mantuvo la implementación y evaluación del Convenio Marco firmado entre CONASIDA y Gendarmería, para la prevención y atención de las personas privadas de libertad.
- Respecto a los niños y niñas vulnerables, se desarrolla un trabajo coordinado entre el SENAME y CONASIDA para la elaboración de orientaciones técnicas a los equipos para el abordaje de la temática en las distintas líneas programáticas. Actualmente se cuenta con una propuesta de Recomendaciones Técnicas respecto a la Prevención en VIH/SIDA en las líneas y niveles de intervención en el ámbito de Protección de Derechos del SENAME.
- Desde la perspectiva de género, y a partir del SERNAM, a fines del 2008 concluyó el proyecto BID “Promoción y consolidación del enfoque de derechos en salud sexual y reproductiva”, que tuvo como principales acciones la capacitación a agentes estratégicos, como funcionarias/os de salud y la difusión de derechos sexuales y reproductivos en jóvenes.

4.5.- Mitigación del Impacto de la Epidemia.

Los avances y logros detallados en los párrafos anteriores han tenido efectos en la mitigación del impacto de la epidemia del VIH/SIDA en el país. Si bien no todos estos efectos son conocidos ni medibles, existen algunos que es posible verificar.

4.5.1.- Comportamiento y Conocimiento.

- Respecto al acceso al examen de VIH se observa un leve aumento, ya que la Quinta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2006) indicaba que un 28.42% de los jóvenes entre 15 y 29 se lo había realizado alguna vez, proporción que asciende a un 30.14% en la Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009)¹².
- Por otra parte, en materia de conocimiento, las mismas mediciones aludidas en el párrafo anterior muestran que en el año 2006 el 57.89% de los jóvenes de 15 a 24 años respondió que un medio de evitar el VIH/SIDA es “usando el condón siempre y durante toda la relación sexual”, mientras que en el año 2009, el 98.14% cree que el VIH/SIDA se puede transmitir por tener relaciones sexuales sin usar condón.
- En cuanto la cantidad de parejas sexuales, las dos encuestas citadas reflejan una leve disminución en los jóvenes de 15 a 29 años que declaran haber tenido más de una pareja sexual durante el último año, pasando de un 14.59% en el año 2006 a un 13.16% en 2009.
- Complementariamente, se constata un aumento de los jóvenes multipareja que declaran haber usado un preservativo durante la última relación sexual, con un 45.46% en el año 2006 y un 50.00% en 2009.
- También, se aprecia un aumento en el uso de condón en la iniciación sexual de los jóvenes de 15 a 24 años, pasando de un 46.39% en el año 2006 a un 48.42% en 2009. Esta cifra es, además, muy superior a la que originó la meta de los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010, que señalaba que en el año 1998 este porcentaje era de 18%.
- En materia de prevalencia de VIH en poblaciones más expuestas, el único dato comparable al del reporte de UNGASS 2008 se refiere a las/os trabajadoras/es sexuales, bajando de un 0.91% en el año 2006 a un 0.74% en 2008¹³. Respecto a los hombres que tienen sexo con hombres, los datos muestrales del reciente estudio de prevalencia realizado en dos regiones del país indica una prevalencia de 20.26% en esa población¹⁴.
- La prevalencia encontrada en embarazadas –según los exámenes realizados en el sistema de salud pública¹⁵- desciende de un 0.07% en el año 2008 a un 0.02% en 2009¹⁶.

4.5.2.- Cobertura de Atención.

- En primera instancia debe aludirse al aumento de terapias antirretrovirales entregadas en el país las personas viviendo con VIH/SIDA que requieren de tratamiento. En términos

¹² Los datos extraídos de las Encuestas de Juventud no están ponderados.

¹³ Estimaciones realizadas considerando las Estadísticas del Control de Salud Sexual (CONASIDA) y el Sistema de registro del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (MINSAL, DEIS).

¹⁴ Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV (2008 – 2009),

¹⁵ Sistema de registro del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) – Ministerio de Salud, años 2008 y 2009.

¹⁶ Los datos del año 2009 son preliminares.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

absolutos, la cantidad aumenta de 10.223 terapias en el año 2007, a 10.904 en 2008 y a 12.762 en 2009¹⁷.

- El mayor acceso a tratamiento también se registra en el caso de las mujeres embarazadas, al comparar los años 2008 y 2009, ya que los datos indican un aumento de 10.11 puntos porcentuales entre ambos años (con coberturas de 85.92% y 96.03%, respectivamente)¹⁸.
- En cuanto a la detección de VIH en embarazadas, existe garantía en el acceso a los exámenes VIH y VDRL a todas las embarazadas, lo que está incorporado en la Ley de Medicina Preventiva. En este contexto, los exámenes de pesquisa de VIH realizados en el sistema de salud pública pasaron de 139.282 en el año 2008 (83.44% de los partos registrados) a 144.772 en 2009 (84.26%)¹⁹. Si bien las cifras son cercanas, la prevalencia detectada en el año 2009 (0.02%) es inferior a la de 2008 (0.07%), por lo que la estimación de embarazadas no pesquisadas desciende de 19 a 5 casos²⁰.
- Además, el protocolo de tratamiento para la prevención de la transmisión del VIH de la madre infectada a su hijo/a, se encuentra garantizado a través de la Ley GES. Ello ha posibilitado una disminución de esta transmisión, la que –previo a la disponibilidad de protocolos y de la normativa- alcanzaba a 30 de cada 100 hijos/as nacidos de madres con VIH, mientras que los datos del año 2008 indican una transmisión de 2.6%²¹.
- Por otra parte se constata una mejoría en la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, en quienes se ha evidenciado un aumento en la sobrevivencia pasando de 85% en el 2005 a un 91.2% a 3 años de seguimiento en el 2008, junto a una disminución de las infecciones oportunistas de 8% a 3% en el mismo período²². Ello ha permitido reducir el número de hospitalizaciones y de licencias médicas de personas con VIH/SIDA.
- Las muertes por SIDA por cada 100.000 habitantes también han disminuido notoriamente pasando de 3.5 en 2001 a 2.4 en 2007²³.

4.6.- Análisis de Tendencias del ICPN.

A continuación se presenta una comparación de las evaluaciones generadas para los distintos ítems del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN)²⁴, que considera los reportes 2006, 2008 y 2010. Cabe reiterar la incidencia de las situaciones problemáticas registradas durante el

¹⁷ Base de datos CONASIDA – Ministerio de Salud, años 2008 y 2009 y estimación para casos del sector privado.

¹⁸ Base de datos CONASIDA – Ministerio de Salud, años 2008 y 2009. Sólo datos del sistema de salud pública.

¹⁹ Sistema de registro del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) – Ministerio de Salud, años 2008 y 2009.

²⁰ Estimación según datos del Sistema de registro del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) – Ministerio de Salud, años 2008 y 2009.

²¹ Op cit.

²² Evaluación del impacto del tratamiento antirretroviral en Chile. Informe post 5° año de estudio y seguimiento. Diciembre 2008.

²³

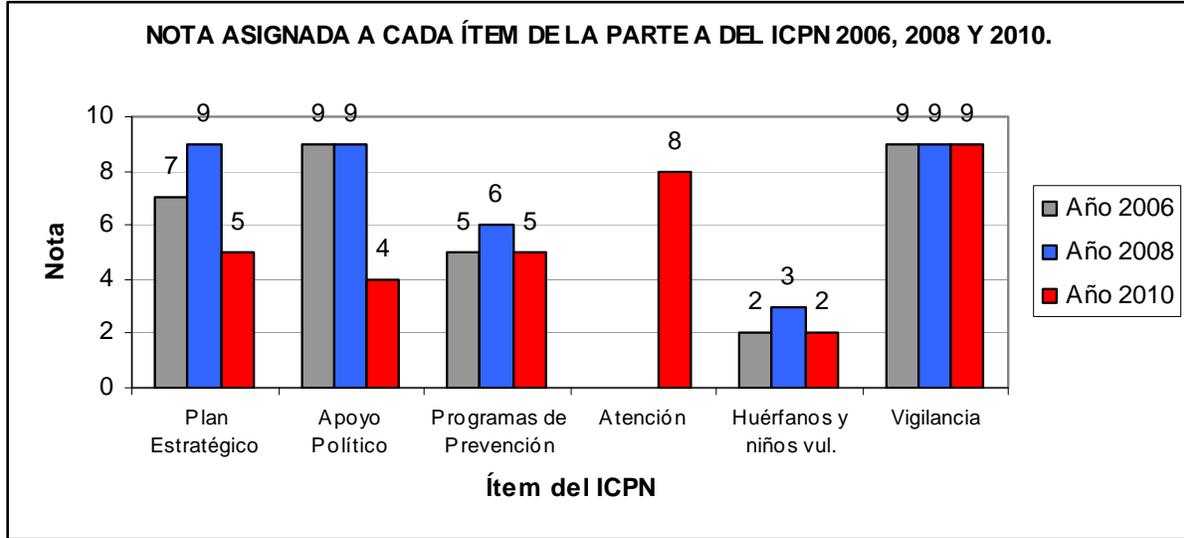
²³ Evolución del VIH/SIDA, Chile, 1984 – 2008. Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. 2009.

²⁴ El ICPN completo se adjunta como anexo.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

último bienio, y principalmente la paralización del Proyecto Fondo Global en Chile, en las opiniones emitidas.

4.6.1.- Parte A.



| ÍTEM | AVANCES | PROBLEMAS Y DESAFÍOS |
|-------------------------|---|--|
| Plan estratégico | <ul style="list-style-type: none"> Estudio de prevalencia de VIH en HSH e inclusión del tema del VIH/SIDA en otros estudios del MINSAL. Capacitación de profesionales para la atención de consejería, de profesionales de atención del VIH e ITS, mantención del GES y otras estrategias. | <ul style="list-style-type: none"> Se ha registrado un retroceso en diversas áreas: estudios de cuentas nacionales y otras investigaciones, trabajo intersectorial, trabajo participativo con la sociedad civil y disminución de recursos en la Respuesta Regional Integrada de Prevención. |
| Apoyo político | <ul style="list-style-type: none"> El apoyo político se manifiesta en el enfrentamiento de las crisis registradas en el país, lo que permitió mantener el programa nacional, reestructurándolo y cambiando su enfoque hacia un mejoramiento de los sistemas de vigilancia y procesos de atención. Hay también mayor asignación de presupuesto fiscal a los Recursos Humanos del nivel central y a la compra de medicamentos ARV. | <ul style="list-style-type: none"> Discontinuidad de algunas estrategias desarrolladas anteriormente, debido a las nuevas prioridades definidas por el programa. Esto genera una disminución de las líneas dirigidas a la prevención y al trabajo con la sociedad civil. |

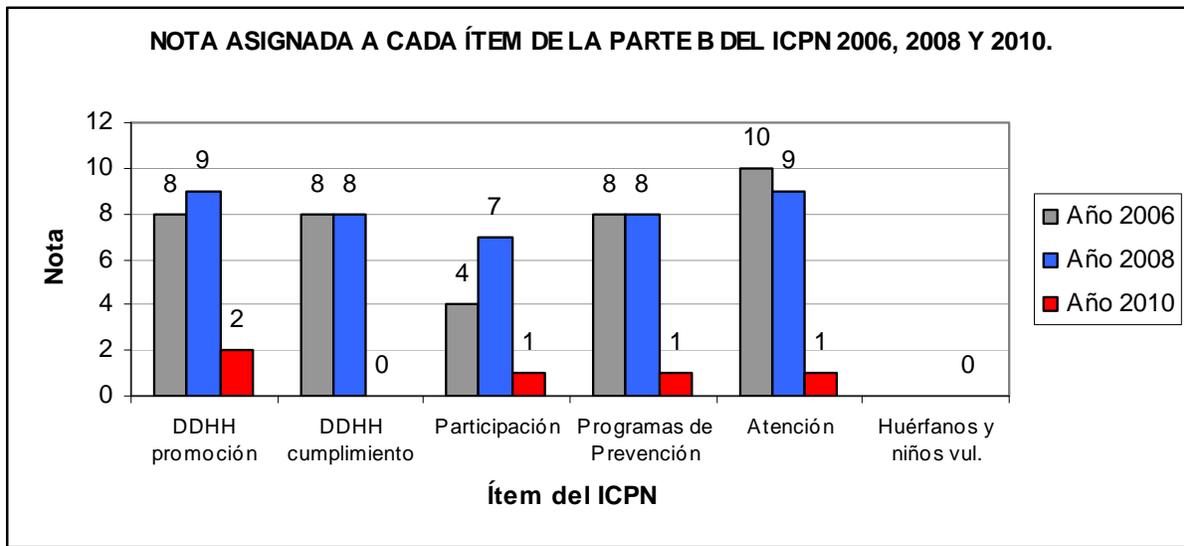
INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| ÍTEM | AVANCES | PROBLEMAS Y DESAFÍOS |
|--------------------------------------|---|---|
| Programas de prevención | <ul style="list-style-type: none"> • La continuidad de algunas estrategias preventivas como las campañas comunicacionales. En el período evaluado se realizaron 2 campañas: la primera destinada a promover el servicio de consejería y la segunda destinada a promover la realización del examen VIH, la difusión de los servicios disponibles para las PVVIH y la promoción de las estrategias de prevención de la transmisión sexual. • La continuidad en el suministro de preservativos. • La actualización de los modelos de consejería, así como el desarrollo de un proceso de formación de consejeros/as con el objetivo de aumentar la cobertura en materia de asesoramiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de aumentar las coberturas, para que la mayoría de quienes lo requieren puedan acceder a acciones preventivas, como es el caso de la promoción del preservativo y el acceso a las pruebas de VIH, donde además de la disponibilidad de los servicios el acceso depende de otros factores, como la aceptabilidad de los mismos. Específicamente resulta necesario aumentar la cobertura en las poblaciones más vulnerables. • Además, se produjo un redireccionamiento del programa que privilegió otras áreas, como la asistencial, frente a la prevención del VIH. • Por otra parte, resulta necesario potenciar el trabajo intersectorial y participativo en el desarrollo de las estrategias de prevención |
| Atención, tratamiento y apoyo | <ul style="list-style-type: none"> • Impacto del uso de TARV en la sobrevida de las PVVIH y en la disminución de las enfermedades oportunistas. • Disminución de la transmisión vertical. • Elaboración de un manual de procedimientos para la detección, diagnóstico y derivación oportuna, y de un Sistema de Registro Informatizado que cautele la comunicación oportuna de los resultados del examen VIH a los usuarios. • Actualización de la Guía Clínica para la Atención. • Incorporación de nuevos ARV. • Provisión de ARV para implementar inicio más precoz de TARV (CD4 menos de 350). • 16 pasantías para atención de adultos y niños. • Asistencia de 30 profesionales de salud al Curso de Formación en SIDA de la Universidad de Chile. | <ul style="list-style-type: none"> • Promover el diagnóstico y tratamiento oportuno a partir de una detección precoz. • Inicio de terapia en etapas más tempranas de la infección. • Gestión descentralizada de decisiones terapéuticas. • Aumentar la dotación de recursos humanos en los centros de atención. |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| ÍTEM | AVANCES | PROBLEMAS Y DESAFÍOS |
|--------------------------------------|---|--|
| Huérfanos niños vulnerables y | <ul style="list-style-type: none"> Publicación orientaciones para el apoyo de niños y adolescentes VVIH | <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la atención focalizada y el apoyo psicosocial dirigido a niños vulnerables con infecciones de transmisión sexual. |
| Vigilancia evaluación y | <ul style="list-style-type: none"> Profundización y consolidación de los procesos y del sistema de vigilancia, a través de su inclusión en el manual de procedimientos para el diagnóstico del VIH y de un sistema informatizado para el diagnóstico de la infección de VIH. | <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la notificación epidemiológica de casos diagnosticados. Mejorar la oportunidad de la información. Incrementar la instalación de capacidades analíticas de la información a nivel regional. |

4.6.2.- Parte B.



| ÍTEM | PROBLEMAS Y DESAFÍOS |
|--|--|
| Derechos Humanos, promoción. | La ley 19.779 (Ley de SIDA) no garantiza todos los derechos, tiene vacíos, lo que quedó de manifiesto en una situación de crisis, producto de la falta de comunicación del resultado a personas que se habían hecho el examen en el país. Este hecho produjo una gran controversia respecto de los derechos garantizados en la Ley de SIDA y dejó de manifiesto sus vacíos; además, de contradicciones e inconsistencias con otras reglamentaciones. |
| Derechos Humanos, cumplimiento. | La nota identifica serios retrocesos, ya que persiste la no promoción de la Ley de SIDA, siendo un tema no prioritario para el gobierno, lo que se vio reflejado en el caso de falta de comunicación ya expuesto y en las estrategias emprendidas por éste, en este sentido. |
| Participación. | Falta de recursos para la sociedad civil, voluntad política del gobierno, restauración del trabajo asociativo realizado en el contexto del Fondo Global, con proyectos cogestionados entre el Estado y la sociedad civil, participación en las políticas públicas y en el Plan Nacional de SIDA. La participación de la sociedad civil disminuyó considerablemente a partir del término del proyecto Fondo Global (año 2008), todas las experiencias exitosas en este sentido no han tenido continuidad. |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| ÍTEM | PROBLEMAS Y DESAFÍOS |
|--------------------------------------|---|
| Programas de prevención | Se han realizado 2 campañas de prevención que en realidad no están enfocadas al tema de la prevención, sino a la promoción de la toma del examen y del servicio de consejería. En ninguna de las dos campañas ha participado la sociedad civil. Se han dejado de realizar campañas regionales. La Respuesta Regional Integrada que tiene como objetivo generar iniciativas de prevención en el ámbito local, con participación de la sociedad civil, han visto disminuidos sus presupuestos en un 60%. No hay campañas focalizadas para grupos vulnerables. En este sentido se estaba realizando una campaña comunicacional (año 2008, con una inversión de 236 millones de pesos) donde participaba la sociedad civil, que finalmente no fue puesta en los medios de comunicación, al igual que en una campaña dirigida a mujeres. |
| Atención, tratamiento y apoyo | Falta de personal y de infraestructura. Horarios de atención restringidos en los Programas de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH, lo que dificulta la asistencia a controles médicos por parte de las personas que se encuentran trabajando. No hay coordinación entre los distintos servicios de salud: atención primaria, urgencia, etc. Últimamente se han producido problemas de acceso a tratamiento antirretroviral y la Guía Clínica que norma la entrega de medicamentos se encuentra desactualizada, es del año 2005, lo que impide el acceso a tratamientos de última generación y transgrede la norma OMS (CD4 350). |
| Huérfanos niños vulnerables | No hay políticas ni programas que aborden esta temática. |

5.- INDICADORES BÁSICOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE VIH/SIDA²⁵.

5.1.- Indicadores no Reportados.

De acuerdo a lo señalado en la tabla resumen de la página 10, de los 25 indicadores solicitados para el Informe País UNGASS 2010, los indicadores respecto a los cuales no se entrega ningún tipo de información para Chile corresponden a 7, cuyo detalle se puede revisar a continuación.

| Nº | INDICADOR | RAZÓN DE NO REPORTE |
|----|--|---|
| 3 | Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada. | <p>Indicador pertinente pero sin datos disponibles. En Chile, en el año 1987, el Ministerio de Salud emite el Ordinario N° 4018, que establece normas y procedimientos para el control de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana a través de la transfusión de sangre o hemoderivados.</p> <p>En este contexto, los casos de VIH y SIDA acumulados en el último quinquenio (2004 - 2008) cuya vía de exposición es transfusional corresponden a 0.79% de los casos con vía de exposición conocida (fuente: Departamento de Epidemiología – Ministerio de Salud, año 2009), porcentaje atribuible a errores humanos y a período de ventana y no a la falta de exámenes de detección.</p> <p>Por otra parte, no se dispone de datos sobre las unidades de sangre donada y analizada como se solicita en el indicador.</p> |
| 6 | Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH. | <p>Indicador pertinente pero sin datos disponibles. Debe indicarse que el marco legal chileno resguarda el tratamiento de la tuberculosis y el TARV está garantizado por la Ley 19.996 (2005), que establece el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (Sistema GES).</p> <p>En este sentido, podría estimarse un 100% de cobertura, no obstante, este dato no se reporta por no existir información que de cuenta de los requerimientos del indicador.</p> |
| 10 | Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil. | <p>Tema no pertinente y no solicitado. Se solicita a países con alta prevalencia del VIH.</p> |

²⁵ La mayoría de los datos entregados corresponden solo al sistema público de salud.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| Nº | INDICADOR | RAZÓN DE NO REPORTE |
|----|---|---|
| 12 | a.- Asistencia actual a la escuela de huérfanos de 10 a 14 años de edad. b.- Asistencia actual a la escuela de no huérfanos de 10 a 14 años de edad. | Indicador pertinente pero sin datos disponibles. |
| 20 | Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual. | <p>Tema pertinente pero indicador no pertinente.</p> <p>En Chile, los casos de VIH y SIDA acumulados en el último quinquenio (2004 – 2008) cuya vía de exposición es el uso de drogas inyectables corresponden a 0.84% de los casos con vía de exposición conocida (fuente: Departamento de Epidemiología – Ministerio de Salud, año 2009).</p> <p>Por otra parte, los datos del Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2008 indican una prevalencia del uso de drogas inyectables alguna vez en la vida de un 0.35% en el año 2006 y de un 0.2% en el año 2008 (fuente: Consejo Nacional de Control de Estupefacientes).</p> <p>Si bien el indicador no se considera relevante para el país, el tema del consumo de drogas en general si lo es, por lo que sería pertinente desarrollar indicadores sobre el comportamiento sexual asociado al consumo de cualquier tipo de droga.</p> |
| 21 | Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó. | Tema pertinente pero indicador no pertinente. Criterio señalado en el indicador anterior. |
| 22 | Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH. | Tema no pertinente y no solicitado. Se solicita a países con epidemia generalizada. |

5.2.- Indicadores de Compromiso y Acción Nacionales.

5.2.1.- Indicador 1: Gasto relativo al sida.

| INDICADOR 1 | Indicador pertinente y reportado. |
|---|-----------------------------------|
| Gasto nacional relativo al SIDA por categoría y fuente de financiación. | |

| Obtención |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La estimación del gasto nacional (que se denomina en las directrices como gasto nacional e internacional) relativo al SIDA se obtuvo mediante el levantamiento de la información disponible para el año 2008 por categoría de gasto y fuente de financiamiento, a través de la metodología MEGAS, a diferencia de lo que se realizó en el último Informe UNGASS 2008, donde se obtuvo la información del Informe Cuentas Nacionales en VIH/SIDA y ETS, Chile 2005.. • Con respecto a las “<i>Fuentes de financiamiento</i>”, la información disponible permitió completar el conjunto de fuentes nacionales públicas y fuentes internacionales. Sin embargo, respecto a las fuentes privadas, se privilegió obtener la información que genera mayor gasto como lo es el asociado a tratamiento antiretroviral, exámenes de diagnóstico y de monitoreo, condones, protección social y otros. De todas formas, se expresa en el documento “Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Informe 2010” que la presentación de las fuentes privadas para el informe UNGASS 2010, es optativa. Además, por la especial situación de la organización del sistema de seguridad social chileno, existen instituciones privadas con fines de lucro que administran una parte de la seguridad social. Nos referimos a las ISAPRES (Instituciones Privadas de Salud Previsional – Seguro Privado de Salud) y a las AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones). En este sentido, no fue posible asignar a ninguna categoría de fuente privada o pública (seguridad social) presentada en la matriz, el gasto financiado por estas instituciones, dado principalmente por la característica híbrida de su organización entre Seguridad Social e Instituciones Privadas. En consecuencia, se tomó la decisión de incluir una columna adicional en las fuentes privadas denominada “Seguridad Social Adm. por Instituciones privadas con fines de lucro”, con el fin de incluir allí los gastos financiados por las ISAPRES y AFP. • El trabajo de recopilación de información contó con el apoyo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El trabajo de producción estadística y coordinación fue realizado por la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial (UCSAS) del Ministerio de Salud con la colaboración de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) del MINSAL. |

Resultados

El gasto nacional relativo al SIDA para el año 2008 alcanzó la cifra de **MM\$ 58.551 (MM US\$ 112)**.

El gasto por fuente de financiamiento presenta la siguiente desagregación. Las fuentes públicas alcanzan al 77,7% y las fuentes privadas un 21,5%, con lo cual el financiamiento nacional corresponde a un 99,2%. A su vez el financiamiento internacional alcanza a un 0,8% (Tabla 1).

Tabla 1
**Financiamiento Nacional e Internacional
 Por Fuente de Financiamiento**

| Fuentes de Financiamiento | Gasto (M\$ 2008) | Gasto (MUS\$) | % |
|------------------------------------|-------------------|----------------|---------------|
| Financiamiento Total | 58.550.701 | 112.166 | 100,0% |
| Fuentes Públicas | 45.484.076 | 87.134 | 77,7% |
| Central / Nacionales | 5.989.865 | 11.475 | 10,2% |
| Seguridad Social | 39.494.212 | 75.659 | 67,5% |
| Fuentes Privadas | 12.608.280 | 24.154 | 21,5% |
| Empresas / Instituciones | 51.701 | 99 | 0,1% |
| Fondos Domésticos | 6.100.612 | 11.687 | 10,4% |
| Seguridad Social Adm. por Privados | 6.455.967 | 12.368 | 11,0% |
| Financiamiento Nacional | 58.092.357 | 111.288 | 99,2% |
| Fuentes Internacionales | 458.344 | 878 | 0,8% |
| Bilaterales | 30.088 | 58 | 0,1% |
| Órganos de UN | 55.000 | 105 | 0,1% |
| Fondo Mundial | 373.256 | 715 | 0,6% |

Respecto al financiamiento público de la respuesta nacional contra el VIH-SIDA, un 67,5% proviene desde la Seguridad Social, la cual corresponde al Fondo Nacional de Salud (FONASA). La otra parte del financiamiento público, con un 10,2%, corresponde al nivel central, específicamente al Gobierno Central a través del Ministerio de Salud (Comisión Nacional del Sida, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y el Instituto de Salud Pública). Las otras instituciones corresponden a Gendarmería, Servicio Nacional de la Mujer, Instituto Nacional de la Juventud, entre otras.

En el caso del financiamiento privado, podemos mencionar que es bastante similar el aporte de fondos domésticos (hogares) respecto de la Seguridad Social Administrada por Privados, con un 10,4% y 11%, respectivamente. El financiamiento de empresas / instituciones está subestimado, principalmente porque no se recogió toda la información, como fue señalado más arriba, y se presenta como referencia en los ítems que corresponden a los que generan mayor gasto.

El financiamiento internacional, es marginal respecto al financiamiento nacional, con sólo un 0,8%. La mayor parte de este financiamiento fue aportada por los recursos provenientes del proyecto Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que se implementó en Chile, sólo por algunos meses del año 2008 y fundamentalmente por parte de las organizaciones de la Sociedad Civil. Este Fondo aportó un 75% del total de los recursos internacionales.

En la siguiente tabla se presenta el gasto relativo al SIDA desagregado por ítem de gasto, de acuerdo a las ocho funciones principales que se desglosan en la matriz de financiamiento nacional.

Tabla 2
Gasto Total por Ítem de Gasto

| Ítem de Gasto | Gasto (M\$ 2008) | Gasto (MUS\$) | % |
|---|-------------------|----------------|---------------|
| Gasto Total | 58.550.701 | 112.166 | 100,0% |
| 1. Prevención | 17.741.620 | 33.988 | 30,3% |
| 2. Atención y tratamiento | 33.662.986 | 64.488 | 57,5% |
| 2.1. Atención ambulatoria | 32.473.324 | 62.209 | 55,5% |
| 2.2. Atención hospitalaria | 1.189.662 | 2.279 | 2,0% |
| 3. Huérfanos y niños vulnerables | 53.069 | 102 | 0,1% |
| 4. Fortalecimiento de la gestión y Adm. del programa | 409.438 | 784 | 0,7% |
| 5. Recursos humanos | 26.338 | 50 | 0,0% |
| 6. Protección social y servicios sociales | 1.890.254 | 3.621 | 3,2% |
| 7. Entorno favorable | 4.705.803 | 9.015 | 8,0% |
| 8. Investigación | 61.192 | 117 | 0,1% |

El 87,8% del gasto relativo al SIDA se realiza en Prevención y en Atención y Tratamiento, con un 30,3% y 57,5% respectivamente. El restante 12,2% se distribuye fundamentalmente en los ítems de gasto Entorno favorable (8,0%) y Protección social y servicios sociales (3,2%).

En el caso de las actividades de Prevención, uno de los ítems más importantes corresponde al “Suministro de preservativos masculinos”, influido fundamentalmente por los condones que ingresan al país para su venta en el comercio establecido, el cual alcanza a un 9% del gasto total y cerca de 30% del gasto en Prevención. Le sigue en importancia la “Prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS” con cerca de un 6% del gasto total y un 19% del gasto en Prevención.

En la función Atención y tratamiento, la Atención ambulatoria concentra el 55,5% del gasto total, llegando a cerca del 97% del gasto en Atención y tratamiento. Los ítems más importantes corresponden a la “Terapia antirretrovírica” que acumula un 53% del gasto total, un 92% del ítem de Atención y tratamiento y un 95% de la Atención ambulatoria. A su vez la “Vigilancia específica de laboratorio del VIH”, alcanza a cerca de un 9% del gasto total, un 4,5% de la Atención y tratamiento y un 5% de la Atención ambulatoria. En el caso de la Atención hospitalaria, el “Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas” se obtuvo de los Egresos Hospitalarios del período, de acuerdo a datos disponibles para el año 2008, alcanzando un 2% del gasto total y un 3,5% del ítem de Atención y tratamiento.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

Otro de los ítem destacables corresponde a la Protección social y servicios sociales, donde la totalidad de los gastos corresponde a “Protección social a través de beneficios monetarios” que alcanzan un 3,2% del gasto total y que corresponden al pago de licencias médicas por infecciones oportunistas y al pago de pensiones y jubilaciones de invalidez, siendo ésta última un 98% del total de los gastos asociados a la Protección social.

El ítem de Entorno favorable también concentra uno de los más importantes en el gasto total, alcanzando un 8%. La actividad más importante dentro de este ítem corresponde a “Programas para reducir la violencia de género”, que alcanza a un 7,7% del gasto total y un 95% del gasto en Entorno favorable.

Tabla 3
Gasto por Ítem y Fuente de Financiamiento

| Ítem de Gasto | TOTAL (M\$ 2008) | Fuentes Públicas | % | Fuentes Internacionales | % | Fuentes Privadas | % |
|---|---------------------|---------------------|-----|----------------------------|-----|---------------------|-----|
| Gasto Total | 58.550.701 | 45.484.076 | | 458.344 | | 12.608.280 | |
| 1. Prevención | 17.741.620 | 10.423.516 | 59% | 184.065 | 1% | 7.134.039 | 40% |
| 2. Atención y tratamiento | 33.662.986 | 30.104.938 | 89% | | | 3.558.048 | 11% |
| 2.1. Atención ambulatoria | 32.473.324 | 29.125.860 | 90% | | | 3.347.464 | 10% |
| 2.2. Atención hospitalaria | 1.189.662 | 979.078 | 82% | | | 210.584 | 18% |
| 3. Huérfanos y niños vulnerables | 53.069 | 2.568 | 5% | | | 50.501 | 95% |
| 4. Fortalecimiento de la gestión y Adm. del programa | 409.438 | 398.147 | 97% | 11.291 | 3% | | |
| 5. Recursos humanos | 26.338 | 24.938 | 95% | 1.400 | 5% | | |
| 6. Protección social y servicios sociales | 1.890.254 | 24.762 | 1% | | | 1.865.492 | 99% |
| 7. Entorno favorable | 4.705.803 | 4.500.404 | 96% | 205.199 | 4% | 200 | 0% |
| 8. Investigación | 61.192 | 4.803 | 8% | 56.389 | 92% | | |

En la tabla 3 se presenta el resumen de los gastos por fuente de financiamiento e ítem al que dicho gasto fue destinado.

En el caso de Prevención se observa que la participación en el financiamiento es de un 59% pública y 40% privada. La alta participación de fuentes privadas en el ítem de Prevención tiene su origen en el gasto en preservativos masculinos que son adquiridos por los hogares (fuentes domésticas) que alcanzan a un 71% del gasto en prevención financiado con aportes privados. Ello indica una alta disponibilidad por parte de la población de realizar un gasto de bolsillo para la prevención.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

Para el ítem de Atención y tratamiento el 89% del financiamiento es público, siendo sólo un 11% privado, algo similar ocurre en la Atención ambulatoria. Ello se explica porque en Chile, una proporción cercana al 80% de la población tiene seguro de salud público, según estudios realizados en el país, esta cifra es superior en el caso de las personas que viven con VIH/SIDA. En la Atención hospitalaria se observa igual tendencia, sin embargo en esta función aumenta la participación de las fuentes privadas llegando a un 18%.

Comentarios

- En términos generales la recolección de información que se realizó para completar la Matriz de Financiación Nacional de Gasto relativa al SIDA cumplió con las expectativas respecto de la calidad y cobertura de los datos recopilados. En este sentido, la presentación de esta matriz respecto de la originada con la metodología de Cuentas Nacionales de VIH-SIDA, resulta de una mejor calidad en relación a los datos recopilados, teniendo en cuenta que la información obtenida desde esa metodología, no se ajusta exactamente a las categorías de gasto de MEGAS.
- Es necesario considerar que la información del sector privado es parcial, aunque para efectos del informe UNGASS es optativa, en el caso de Chile, se optó por incluir algunos de los ítems como referencia.
- El detalle de las categorías analizadas puede verse en el anexo 2: Matriz de Financiación Nacional. Categoría de gasto relativo al SIDA por fuente de financiación.
- El Ministerio de Salud avanzará en el perfeccionamiento de la metodología MEGAS y en su armonización con la información que proporciona la Cuenta Satélite de Salud. Esto permitiría disponer de información oportuna y de mayor calidad para fortalecer la respuesta nacional contra el VIH-SIDA.

5.2.2.- Indicador 2: ICPN.

| INDICADOR 2 | Indicador pertinente y reportado. |
|--|-----------------------------------|
| Índice Compuesto de Política Nacional. | |

| Obtención |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • El cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional fue respondido en su parte A, mediante entrevistas y/o en la jornada de trabajo grupal realizada para completar este indicador, por representantes del Ministerio de Salud –a través de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), el Departamento de Epidemiología, el Departamento de Estudios y el Departamento de Economía de la Salud-, y de otras reparticiones de gobierno, como el Servicio Nacional de Menores (SENAME), el Ministerio de Educación, Gendarmería de Chile del Ministerio de Justicia, la División de Organizaciones Sociales del Ministerio Secretaría General de Gobierno, el Instituto Nacional de la Juventud, el Consejo Nacional de Estupefacientes (CONACE) y la Superintendencia de Salud. • La parte B fue contestada por representantes de tres redes de organizaciones sociales que trabajan en la temática del VIH/SIDA: la Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Personas que Viven con VIH/SIDA – VIVO POSITIVO, la Asamblea de Organizaciones con Trabajo en SIDA – ASOSIDA e ICW Capítulo Chileno, además, de representantes de las organizaciones que integran esas redes (ACCIONGAY, MUMS, AKI, Fundación Savia, Fundación Margen y Sindicato Amanda Jofré), funcionarios de las agencias de Naciones Unidas (ONUSIDA, PMA, UNESCO y OIM), representantes de la Universidad Católica de Chile y de la Sociedad Chilena de Infectología. • El proceso de llenado de este cuestionario consideró dos etapas, en una primera fase se visitó a distintas instituciones y se completaron 13 ICPN. Posteriormente, todos los participantes, a través de un trabajo grupal realizado los días 17 de diciembre de 2009 y 5 de enero de 2010, dieron origen al ICPN oficial del país. |

| Resultados |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • El detalle de las respuestas del ICPN puede verse en el anexo 3: Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional. Además, por solicitud de las propias instituciones, se han reportado en el sistema on line los ICPN completados por las agencias de Naciones Unidas y la División de Organizaciones Sociales del Ministerio Secretaría General de Gobierno. |

5.3.- Indicadores del Programa Nacional.

| INDICADOR 4 | Indicador pertinente y reportado. |
|---|-----------------------------------|
| Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia ARV. | |

| Medición | | |
|-------------|--|--------|
| Numerador | Número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que actualmente recibe terapia ARV de combinación de acuerdo con protocolo nacional aprobado. | 12.762 |
| Denominador | Número estimado de adultos y niños con infección por el VIH avanzada. | 15.520 |
| Fuente | <ul style="list-style-type: none"> • Para el sistema público de salud: Base de datos CONASIDA – Ministerio de Salud, año 2009. • Para el sistema privado de salud se realizó una estimación. | |

| Resultados | | | | |
|------------|-------------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 0 a 17 | 18 y más |
| 82.23% | 82.23% (10376/12618) | 82.22% (2386/2902) | No disponible. | No disponible. |

| Comentarios |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Por una parte, los datos del numerador sobre personas en terapia ARV corresponden al registro que lleva CONASIDA de las PVVIH en TARV que se atienden en el sistema público de salud del país. • A diciembre de 2008 las PVVIH adultas en TARV en el sistema público de salud eran 9.365 y las PVVIH pediátricas (en el país se consideran hasta los 17 años y 364 días) correspondían a 189, con un total de 9.554 personas. • Al numerador de se agrega la estimación realizada respecto a las personas en TARV del sistema privado de salud del país, que asciende a 1.350 personas, por lo que llega a 10.904 casos. • A diciembre de 2009 las PVVIH adultas en TARV en el sistema público de salud son 11.065 y las PVVIH pediátricas corresponden a 197, con un total de 11.262 personas. • Al numerador de se agrega la estimación realizada respecto a las personas en TARV del sistema privado de salud del país, que asciende a 1.500 personas, por lo que llega a 12.762 casos. • Las estimaciones sobre el sector privado se realizan por no disponer de datos específicos de los casos atendidos en este sistema. Esta situación se reitera para los demás indicadores. • La desagregación por sexo se realiza a partir de la estimación entregada por el Grupo SIDA Chile sobre la Cohorte Chilena de SIDA, que indica que en el año 2007 un 18.7% de las PVVIH en TARV son mujeres y un 81.3% hombres. • Cabe señalar, que el acceso a ARV está garantizado por la Ley 19.996 (2005), que establece el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (Sistema GES), que -en el caso específico del VIH/SIDA- se relaciona con garantías en cuanto al acceso, oportunidad y protección financiera, tanto en el sistema público como privado de salud. • Por otra parte, los criterios de inclusión de las PVVIH en TARV se definen de acuerdo a la |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

“Guía Clínica. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA”, publicada en el año 2005 y que establece como criterio de ingreso a TARV un nivel de CD4 de 200. El año 2009 el Comité Científico Asesor entregó a CONASIDA, la actualización de la Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-VIH/SIDA, que está en etapa inicial de implementación.

- Lo anterior permite sostener que todas las personas que requieren TARV en el país lo reciben. Si perjuicio de lo informado, se debe señalar que existe un porcentaje bajo de personas VVIH que se encuentra en proceso de evaluación previa al inicio de la terapia, por lo que no están registrados en el Ministerio de Salud, además, hay personas beneficiarias de las Fuerzas Armadas y particulares que no reciben TARV en el sistema privado.
- En el caso del denominador, debido al reciente terremoto ocurrido en el país, no fue posible concluir el proceso de estimaciones con EPP y SPECTRUM, por lo que se decidió mantener el porcentaje de cobertura reportado para UNGASS 2008, aplicándose al denominador de dicho reporte, el mismo incremento registrado en el numerador .
- De esta forma, los denominadores corresponden a:
 - Numerador año 2007 = 10.223 personas.
 - Denominador año 2007 = 12.432 personas.
 - Aumento del numerador 2008 respecto al del 2007 = 6.66%.
 - Denominador estimado para 2008 = $12.432 * 6.66\% = 13.260$ personas.
 - Aumento del numerador 2009 respecto al del 2007 = 24.84%.
 - Denominador estimado para 2009 = $12.432 * 24.84\% = 15.520$ personas.

| INDICADOR 5 | Indicador pertinente y reportado. |
|---|-----------------------------------|
| Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibe fármacos ARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil. | |

| Medición | | |
|-------------|---|-----|
| Numerador | Número de embarazadas infectadas por el VIH que recibió terapia ARV en los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión materno infantil. | 121 |
| Denominador | Número estimado de embarazadas infectadas por el VIH en los últimos 12 meses. | 126 |
| Fuente | Base de datos CONASIDA – Ministerio de Salud, año 2009. | |

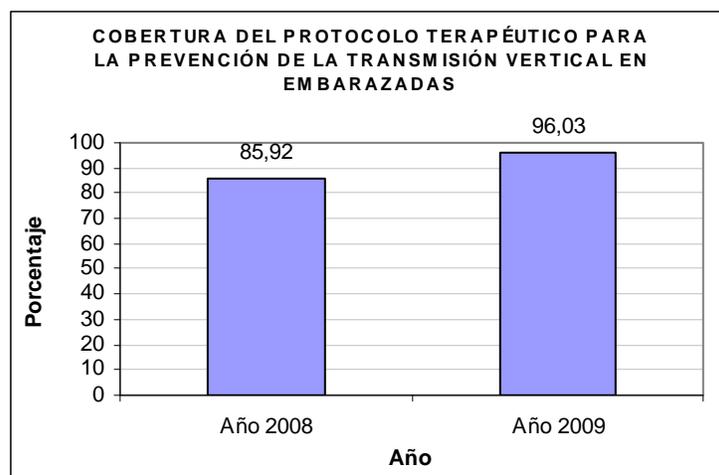
| Resultados | | |
|------------|-----------------|----------------|
| Global | Según sexo | Según edad |
| 96.03% | No corresponde. | No disponible. |

| Comentarios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los datos sobre embarazadas en terapia ARV para la prevención de la transmisión vertical, corresponden al registro que lleva CONASIDA de las embarazadas diagnosticadas VVIH y que acceden a protocolo de prevención en el sistema público de salud del país. • No se dispone de datos ni estimaciones sobre el sistema privado. • No se dispone de información desagregada por tipo de terapia. • Durante el año 2008 las embarazadas VVIH que accedieron a protocolo profiláctico fueron 116. • Durante el año 2009 las embarazadas VVIH que accedieron a protocolo con ARV como prevención de la transmisión vertical fueron 121. • El acceso a ARV está garantizado por la Ley 19.996 (2005), que establece el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (Sistema GES), que -en el caso específico del VIH/SIDA- se relaciona con garantías en cuanto al acceso, oportunidad y protección financiera, tanto en el sistema público como privado de salud. Para las embarazadas, se establece, además, a través de la Ley de Medicina Preventiva, la oferta del Test de detección del VIH, a partir del 2º control de embarazo, y la oferta de Test Rápido en el parto, a aquellas mujeres que no se realizaron el examen durante el embarazo. Ambos exámenes son con consejería. La Ley GES garantiza, además, el protocolo de Tratamiento Antirretroviral con triterapia a partir de la semana 24 de gestación, ARV durante el parto y para el recién nacido. • Además, desde el año 2005 en Chile existe la “Norma de Prevención de la Transmisión Vertical”, registrándose una tasa de notificación por esta vía de 1.01% en el quinquenio 2004 – 2008. • De acuerdo a estos instrumentos todas las embarazadas tienen acceso a tratamientos profilácticos con una combinación de tres fármacos ARV o a terapia ARV para mujeres embarazadas VIH+ que reúnen los criterios requeridos para recibir tratamiento. • En este contexto, puede estimarse que tanto en el año 2008 como en el 2009, el indicador equivale al 100.00% de las embarazadas VVIH que se atienden en el sistema público de salud del país y que reciben terapia ARV para prevenir la transmisión vertical. |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Si perjuicio de lo anterior, se debe señalar que existe un porcentaje desconocido de mujeres que no se efectúa el examen de detección del VIH durante el embarazo y el parto, por lo que no están registradas en el Ministerio de Salud.
- Con esta consideración se calcula el indicador, para lo cual –siguiendo las directrices para UNGASS 2010- se estima la cantidad de embarazadas infectadas por VIH de la siguiente forma:
Año 2008
 - Partos del año = 166.912.
 - Embarazadas testeadas para VIH en el año = 139.282.
 - Embarazadas no testeadas = 27.630.
 - A las embarazadas no testeadas se le aplica la prevalencia de VIH encontrada en las embarazadas testeadas ese año (0.07%), es decir, $27.630 * 0.07\% = 19$.
 - Al sumar las embarazadas en TARV y las embarazadas estimadas como no testeadas e infectadas se genera un denominador de 135 embarazadas.Año 2009
 - Partos del año = 171.806.
 - Embarazadas testeadas para VIH en el año = 144.772.
 - Embarazadas no testeadas = 27.034.
 - A las embarazadas no testeadas se le aplica la prevalencia de VIH encontrada en las embarazadas testeadas ese año (0.02%), es decir, $27.034 * 0.02\% = 5$.
 - Al sumar las embarazadas en TARV y las embarazadas estimadas como no testeadas e infectadas se genera un denominador de 126 embarazadas.
- Los resultados del año 2008 indican que de 135 embarazadas infectadas por VIH, 116 reciben TARV, lo que equivale a un 85.92%.
- Los resultados del año 2009 indican que de 126 embarazadas infectadas por VIH, 121 reciben TARV, lo que equivale a un 96.03%.
- Cabe señalar, que los datos del año 2009 son preliminares ya que se está cerrando el proceso de registro de ese año.

El aumento registrado en la cobertura del protocolo terapéutico para la prevención de la transmisión vertical en embarazadas, puede ilustrarse en el siguiente gráfico.



| | |
|---|---|
| INDICADOR 7 | Indicador pertinente y reportado con información faltante. |
| Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. | |

| Medición | | |
|-------------|--|-------|
| Numerador | Número de encuestados de 15 a 49 años que se ha sometido a la prueba VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados. | 2.282 |
| Denominador | Número de encuestados de 15 a 49 años de edad. | 7.570 |
| Fuente | Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009), aplicada a una muestra de 7.570 personas de 15 a 29 años de todo el territorio nacional, con representatividad nacional, regional y urbano-rural. | |

| Resultados | | | | | |
|------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | | |
| | Varones | Mujeres | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 29 |
| 30.14% | 18.77% (642/3420) | 39.52% (1640/4150) | 12.28% (444/3615) | 40.93% (981/2397) | 55.01% (857/1558) |

| Comentarios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La Encuesta Nacional de Juventud es realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), dependencia estatal dedicada al tema jóvenes. • La medición solo contempla población entre 15 y 29 años de edad. • Los datos proporcionados corresponden a la pregunta “¿te has realizado alguna vez el test del SIDA?”, dato más cercano a lo solicitado para los indicadores UNGASS 2010, ya que no existen mediciones en el país que registren el conocimiento del resultado del examen. • Para el cálculo del indicador se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. • Los datos indican que de 7.570 personas encuestadas, 2.282 se han realizado el examen de detección del VIH (30.14%). Por otra parte, si se considera solamente a las 5.292 personas que afirman haber tenido relaciones sexuales que impliquen penetración (iniciadas sexualmente), al menos, una vez en la vida, el porcentaje de quienes se ha efectuado el examen asciende a un 43.06%. • Cabe señalar, que el Ministerio de Salud está realizando una encuesta poblacional que permitirá tener información sobre la realización del examen de detección del VIH en la población de 15 a 49 años, que estará disponible a mediados del año 2010. |

| INDICADOR 8 | Indicador pertinente y reportado. |
|---|-----------------------------------|
| Porcentaje de poblaciones más expuestas ²⁶ que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. | |

Hombres que Tienen Sexo con Hombres.

| Medición | | |
|-------------|---|-----|
| Numerador | Número de encuestados HSH que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados. | 118 |
| Denominador | Número de HSH incluidos en la muestra. | 471 |
| Fuente | Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV (2008 – 2009), realizado con metodología RDS considerando una muestra de 471 hombres que tienen sexo con hombres de las regiones Metropolitana y de Valparaíso. | |

| Resultados | | | | |
|------------|------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 18 a 24 | 25 y más |
| 25.05% | 25.05% | No corresponde. | 26.31% (80/304) | 22.75% (38/167) |

| Comentarios |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los datos reportados sobre hombres que tienen sexo con hombres se extrajeron del Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV, realizado entre los años 2008 y 2009, por un equipo de trabajo integrado por representantes del Ministerio de Salud (CONASIDA, Departamento de Epidemiología e Instituto de Salud Pública), de ONUSIDA, de OPS y de las organizaciones sociales: Corporación Chilena de Prevención del SIDA (ACCIÓN GAY), MUMS y Red OSS. • Este estudio se realizó en dos regiones del país (Metropolitana y de Valparaíso), utilizando la metodología RDS (muestreo de referencia en cadena basado en quienes responden) y incluyendo un análisis serológico de laboratorio y la aplicación de un cuestionario sociocomportamental. • La muestra lograda asciende a 471 casos, todos HSH de 18 o más años que residen o trabajan en las regiones consideradas en el estudio. • El dato reportado corresponde a los encuestados que responden afirmativamente las siguientes dos preguntas: En los últimos doce meses ¿se ha hecho el examen del VIH/SIDA? y ¿Conoce los resultados de ese examen? • Para el cálculo del indicador –y siguiendo las directrices entregadas para UNGASS 2010- se consideraron los datos muestrales crudos y no las estimaciones poblacionales generadas por el programa RDSAT. • Se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. |

²⁶ Si bien las orientaciones para el Informe UNGASS 2010 consideran como poblaciones expuestas a los hombres que tienen sexo con hombres, las/os trabajadoras/es sexuales y los/as usuarios de drogas intravenosas, este último grupo no resulta relevante para el país, por lo que no se incluye en el reporte.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Los datos indican que de 471 HSH encuestados, 130 se han realizado el examen de detección del VIH en los últimos 12 meses (27.6%) y de ellos 118 conoce ese resultado (90.76% de quienes se hicieron el examen y 25.05% de la muestra).
- Cabe mencionar que 49 HSH señalan no haberse hecho el examen en los últimos 12 meses y auto reportan vivir con VIH, lo que puede estar incidiendo en que no se practicaran el test en el último año.

Trabajadoras/es Sexuales.

| Medición | | |
|-------------|--|-----|
| Numerador | Número de encuestadas TS que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados. | 102 |
| Denominador | Número de TS incluidas en la muestra. | 120 |
| Fuente | Estudio de Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas (2006), realizado con metodología de referencia en cadena considerando una muestra de 120 trabajadoras sexuales de las regiones de Tarapacá, Metropolitana y del Bío Bío. | |

| Resultados | | | | |
|------------|-----------------|---------|-------------------|-------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 18 a 24 | 25 y más |
| 85.0% | No corresponde. | 85.0% | 91.30% (21/23) | 83.50% (81/97) |

| Comentarios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los datos reportados sobre trabajadoras sexuales se extrajeron del Estudio de Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas, realizado en el año 2006 por la empresa Demoscópica S.A. para CONASIDA y coordinado por una Mesa de Trabajo sobre el Condón Femenino integrada por representantes de CONASIDA, de la Red de Personas VVIH VIVO POSITIVO y del Sindicato de Trabajadoras Sexuales Ángela Lina. • Este estudio se realizó en tres regiones del país (Tarapacá –que actualmente se ha dividido en las regiones de Arica y Parinacota y Tarapacá-, Metropolitana y del Bío Bío), utilizando una metodología de referencia en cadena tipo bola de nieve. • La muestra lograda asciende a 360 casos, de los cuales 120 corresponden a trabajadoras sexuales. • El estudio solo consideró mujeres, por lo que el indicador no se reporta para trabajadores sexuales masculinos. • El dato reportado corresponde a las encuestadas que responden afirmativamente la pregunta: Y en el último año ¿se ha realizado el Test de Elisa (o Test para detectar VIH/SIDA)?, dato más cercano a lo solicitado para los indicadores UNGASS, ya que no existen mediciones en el país que registren el conocimiento del resultado del examen en trabajadoras sexuales. • Se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. • Los datos indican que de 120 TS encuestadas, 102 se habían realizado el examen de detección del VIH en los últimos doce meses (85.0%). • Este dato puede ser complementado con la información disponible en el sistema de registro del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud que, para el año 2008, informa la realización de 11.190 exámenes de detección del VIH en |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

la categoría comercio sexual. Lo que –considerando a los/as TS en control a diciembre de ese mismo año (9.097)- arroja un promedio de 1,2 exámenes en 2008. No obstante, el registro de exámenes no equivale al número de trabajadoras/es sexuales, ya que en esta población los exámenes se repiten más de una vez en el año calendario, ya que la normativa vigente establece un examen cada seis meses.

| | |
|--|--|
| INDICADOR 9 | Indicador pertinente y reportado. |
| Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH. | |

Hombres que Tienen Sexo con Hombres.

| Medición | | |
|-------------|---|-----|
| Numerador | Número de entrevistados HSH que ha respondido si a las preguntas: ¿sabe dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH? y ¿le han suministrado preservativos en los últimos doce meses?. | 269 |
| Denominador | Número de HSH incluidos en la muestra. | 471 |
| Fuente | Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV (2008 – 2009), realizado con metodología RDS considerando una muestra de 471 hombres que tienen sexo con hombres de las regiones Metropolitana y de Valparaíso. | |

| Resultados | | | | |
|------------|------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 18 a 24 | 25 y más |
| 57.11% | 57.11% | No corresponde. | 51.97% (158/304) | 66.47% (111/167) |

| Comentarios |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los datos reportados sobre hombres que tienen sexo con hombres se extrajeron del Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV, realizado entre los años 2008 y 2009, por un equipo de trabajo integrado por representantes del Ministerio de Salud (CONASIDA, Departamento de Epidemiología e Instituto de Salud Pública), de ONUSIDA, de OPS y de las organizaciones sociales: Corporación Chilena de Prevención del SIDA (ACCIÓN GAY), MUMS y Red OSS. • Este estudio se realizó en dos regiones del país (Metropolitana y de Valparaíso), utilizando la metodología RDS (muestreo de referencia en cadena basado en quienes responden) y incluyendo un análisis serológico de laboratorio y la aplicación de un cuestionario sociocomportamental. • La muestra lograda asciende a 471 casos, todos HSH de 18 o más años que residen o trabajan en las regiones consideradas en el estudio. • El dato reportado corresponde a los encuestados que responden afirmativamente las siguientes dos preguntas: ¿Sabe dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH? y ¿Le han suministrado gratuitamente preservativos en los últimos doce meses? • Para el cálculo del indicador –y siguiendo las directrices entregadas para UNGASS 2010- se consideraron los datos muestrales crudos y no las estimaciones poblacionales generadas por el programa RDSAT. • Se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. • Los datos indican que de 471 HSH encuestados, 269 saben donde ir para realizarse la prueba de VIH y, además, afirman haber recibido gratuitamente condones durante los últimos doce meses, lo que equivale a un 57.11% de la muestra. |

Trabajadoras/es Sexuales.

| Medición | | |
|-------------|--|-----|
| Numerador | Número de entrevistadas TS que ha respondido si a las preguntas: ¿sabe dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH? y ¿le han suministrado preservativos en los últimos doce meses?. | 51 |
| Denominador | Número de TS incluidas en la muestra. | 120 |
| Fuente | Estudio de Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas (2006), realizado con metodología de referencia en cadena considerando una muestra de 120 trabajadoras sexuales de las regiones de Tarapacá, Metropolitana y del Bío Bío. | |

| Resultados | | | | |
|------------|-----------------|---------|-------------------|-------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 18 a 24 | 25 y más |
| 42.50% | No corresponde. | 42.50% | 60.87% (14/23) | 38.14% (37/97) |

| Comentarios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los datos reportados sobre trabajadoras sexuales se extrajeron del Estudio de Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas, realizado en el año 2006 por la empresa Demoscópica S.A. para CONASIDA y coordinado por una Mesa de Trabajo sobre el Condón Femenino integrada por representantes de CONASIDA, de la Red de Personas VVIH VIVO POSITIVO y del Sindicato de Trabajadoras Sexuales Ángela Lina. • Este estudio se realizó en tres regiones del país (Tarapacá –que actualmente se ha dividido en las regiones de Arica y Parinacota y Tarapacá-, Metropolitana y del Bío Bío), utilizando una metodología de referencia en cadena tipo bola de nieve. • La muestra lograda asciende a 360 casos, correspondiendo 120 a trabajadoras sexuales. • El estudio solo consideró mujeres, por lo que el indicador no se reporta para trabajadores sexuales masculinos. • El dato reportado corresponde al cruce de dos variables que permiten acercarse a lo solicitado para UNGASS 2010, ya que no existen mediciones en el país que registren exactamente las dos preguntas requeridas. La primera variable corresponde a la realización del examen de VIH en los últimos doce meses, ya que se asume que quienes se han hecho recientemente la prueba saben dónde ésta se realiza, y la segunda, a la forma en que habitualmente se obtienen condones. De esta forma, el numerador corresponde a las trabajadoras sexuales que se han hecho el examen de VIH en los últimos doce meses, utilizan como método de protección el condón masculino y afirman obtener habitualmente este método en centros de salud o centros de salud sexual. • Se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. • Los datos indican que de 120 TS encuestadas, 51 se habían realizado el examen de detección del VIH en los últimos doce meses, usaban condón y lo obtenían habitualmente en centros de salud o de salud sexual de la red asistencial pública (42.5%). • No obstante, debe constarse que aunque no sea el mecanismo de obtención habitual del método, las TS pueden haber recibido preservativos durante el período analizado (en sus controles de salud sexual y/o a través de organizaciones sociales), por lo que el dato reportado presenta mayor exigencia que lo solicitado. |

| | |
|--|---|
| INDICADOR 11 | Solo se entrega información relacionada. |
| Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico. | |

| Medición | |
|---------------------|--|
| Numerador | Número de escuelas con educación sobre VIH basada en aptitudes para la vida durante el último año académico (por lo menos 30 horas). |
| Denominador | Número de escuelas encuestadas. |
| Fuentes consultadas | Ministerio de Educación. |
| Datos disponibles | <ul style="list-style-type: none"> • No existe información que de cuenta de los requerimientos del indicador. • La información disponible se refiere a la inclusión del tema VIH/SIDA en los planes curriculares del Ministerio de Educación para alumnos de diversos niveles. |

| Información recopilada |
|--|
| <p>Respecto de los planes curriculares, el tema VIH/SIDA está presente en los siguientes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séptimo año básico, como parte de la unidad “La salud como equilibrio”. • Séptimo y octavo año básico, como parte de la unidad “Afectividad y sexualidad”. • Segundo año medio, como parte de la unidad “Biología humana y salud”. • Cuarto año medio, como parte de la unidad “Biología humana y salud”. <p>Cabe señalar que estos planes curriculares configuran un marco propuesto por el Ministerio para todos los establecimientos educacionales del país. No obstante, esto no asegura el cumplimiento del indicador.</p> |

5.4.- Indicadores de Conocimiento y Comportamiento.

| | |
|---|---|
| INDICADOR 13 | Indicador pertinente y reportado con información faltante. |
| <p>Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.</p> | |

| Medición | | |
|-------------|--|-------|
| Numerador | Número de encuestados de 15 a 24 años de edad que contestó correctamente a las 5 preguntas. | 4.938 |
| Denominador | Número total de encuestados de 15 a 24 años de edad. | 6.012 |
| Fuente | Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009), aplicada a una muestra de 7.570 personas de 15 a 29 años de todo el territorio nacional, con representatividad nacional, regional y urbano-rural. | |

| Resultados | | | | |
|------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 15 a 19 | 20 a 24 |
| 82.14% | 78.43% (2171/2768) | 85.30% (2767/3244) | 79.89% (2888/3615) | 85.52% (2050/2397) |

| Comentarios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La Encuesta Nacional de Juventud es realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), dependencia estatal dedicada al tema jóvenes. • La medición contempla población entre 15 y 29 años de edad. • Para el cálculo del indicador solo se considera el tramo de 15 a 24 años. • Los datos proporcionados corresponden al cruce de las respuestas correctas en dos preguntas: "Indica si tú crees que el VIH/SIDA se puede transmitir con cada una de las siguientes prácticas: ¿compartiendo comida con personas que viven con VIH/SIDA? - ¿teniendo relaciones sexuales sin usar condón?" • Estas preguntas permiten entregar información parcial sobre el indicador requerido, sin embargo, no es posible reportarlo en su totalidad, ya que el país no presenta encuestas que incluyan las cinco preguntas solicitadas. • Para el cálculo del indicador se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS según sexo y edad. • Los datos indican que de 6.012 personas de 15 a 24 años encuestadas, 4.938 responden correctamente ambas preguntas, es decir, afirman que el VIH/SIDA no se puede transmitir compartiendo comida con personas que viven con el virus y creen que si se transmite teniendo relaciones sexuales sin usar condón, lo que equivale a un 82.14%. |

| | |
|--|---|
| INDICADOR 14 | Indicador pertinente y reportado con información faltante. |
| Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. | |

| Medición | | |
|-------------|---|-----|
| Numerador | Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas (en este caso HSH) que contestó correctamente a las 5 preguntas. | 304 |
| Denominador | Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas (en este caso HSH) que respondió, incluso con un “no sé”, a las 5 preguntas. | 471 |
| Fuente | Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV (2008 – 2009), realizado con metodología RDS considerando una muestra de 471 hombres que tienen sexo con hombres de las regiones Metropolitana y de Valparaíso. | |

| Resultados | | | | |
|------------|------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 15 a 19 | 20 a 24 |
| 64.54% | 64.54% | No corresponde. | 64.47% (196/304) | 64.67% (108/167) |

| Comentarios |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con datos para trabajadores/as sexuales. • Los datos reportados sobre hombres que tienen sexo con hombres se extrajeron del Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV, realizado entre los años 2008 y 2009, por un equipo de trabajo integrado por representantes del Ministerio de Salud (CONASIDA, Departamento de Epidemiología e Instituto de Salud Pública), de ONUSIDA, de OPS y de las organizaciones sociales: Corporación Chilena de Prevención del SIDA (ACCIÓN GAY), MUMS y Red OSS. • El estudio se realizó en dos regiones (Metropolitana y de Valparaíso), utilizando la metodología RDS (muestreo basado en quienes responden) e incluyendo un análisis serológico de laboratorio y la aplicación de un cuestionario sociocomportamental. • La muestra lograda asciende a 471 casos, todos HSH de 18 o más años que residen o trabajan en las regiones consideradas en el estudio. • El dato reportado corresponde a los encuestados que responden correctamente las preguntas: ¿se evita el SIDA teniendo una pareja única mutuamente fiel y ninguna estar infectadas?, ¿se evita el SIDA usando preservativo o condón en las relaciones sexuales?, ¿se previene el SIDA evitando ser picado por un insecto?, ¿puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? y ¿se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona viviendo con VIH?. • Para el cálculo del indicador –y siguiendo las directrices entregadas para UNGASS 2010- se consideraron los datos muestrales crudos y no las estimaciones poblacionales generadas por el programa RDSAT. |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS.
- Los datos indican que de 471 HSH encuestados, 304 responden correctamente las cinco preguntas consideradas, lo que equivale a un 64.54% de la muestra.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| INDICADOR 15 | Indicador pertinente y reportado. |
|---|-----------------------------------|
| Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. | |

| Medición | | |
|-------------|--|-------|
| Numerador | Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad. | 641 |
| Denominador | Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad. | 6.012 |
| Fuente | Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009), aplicada a una muestra de 7.570 personas de 15 a 29 años de todo el territorio nacional, con representatividad nacional, regional y urbano–rural. | |

| Resultados | | | | |
|------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 15 a 19 | 20 a 24 |
| 10.66% | 13.26% (367/2768) | 8.45% (274/3244) | 10.43% (377/3615) | 11.01% (264/2397) |

| Comentarios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La Encuesta Nacional de Juventud es realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), dependencia estatal dedicada al tema jóvenes. • La medición contempla población entre 15 y 29 años de edad. • Para efectos del indicador se filtró la población de 15 a 24 años. • Los datos proporcionados corresponden a la pregunta “¿A qué edad tuviste la primera relación sexual?”. • Para el cálculo del indicador se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. • Los datos indican que de 6.012 personas encuestadas, 641 afirman haber tenido su primera relación sexual penetrativa antes de los 15 años de edad, lo que equivale al 10.66% de la muestra de este tramo de edad. Por otra parte, al considerar solamente a quienes se han iniciado sexualmente (3.674 casos), el 17.45% de ellos tuvo su primera relación sexual penetrativa antes de los 15 años. |

| INDICADOR 16 | Indicador pertinente y reportado. |
|---|-----------------------------------|
| Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. | |

| Medición | | |
|-------------|--|-------|
| Numerador | Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. | 996 |
| Denominador | Número total de entrevistados de 15 a 49 años de edad. | 7.570 |
| Fuente | Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009), aplicada a una muestra de 7.570 personas de 15 a 29 años de todo el territorio nacional, con representatividad nacional, regional y urbano–rural. | |

| Resultados | | | | | |
|------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | | |
| | Varones | Mujeres | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 29 |
| 13.16% | 20.82% (712/3420) | 6.84% (284/4150) | 10.24% (370/3615) | 18.02% (432/2397) | 12.45% (194/1558) |

| Comentarios |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • La Encuesta Nacional de Juventud es realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), dependencia estatal dedicada al tema jóvenes. • La medición sólo contempla población entre 15 y 29 años de edad. • Los datos proporcionados corresponden a la pregunta “¿Con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?”. • Para el cálculo del indicador se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. • Como información adicional, la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud (Ministerio de Salud, 2006), aplicada a una muestra de 6.210 personas de 15 años y más (3.720 entre los 15 y los 49 años), indica que los resultados globales son de 7.26% (270/3720); 2.34% en mujeres (45/1919) y 12.49% en hombres (225/1801); 5.78% de los jóvenes de 15 y 19 años (31/536), 14.35% de los encuestados entre 20 y 24 años (65/453) y 6.37% de la población de 25 a 49 años (174/2731). • Cabe señalar, que el Ministerio de Salud está realizando una encuesta poblacional que permitirá tener información sobre la cantidad de parejas sexuales en el último año en la población de 15 a 49 años, que estará disponible a mediados del año 2010. |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| INDICADOR 17 | Indicador pertinente y reportado. |
|--|--|
| Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual. | |

| Medición | | |
|-----------------|--|-----|
| Numerador | Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual. | 498 |
| Denominador | Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses. | 996 |
| Fuente | Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009), aplicada a una muestra de 7.570 personas de 15 a 29 años de todo el territorio nacional, con representatividad nacional, regional y urbano-rural. | |

| Resultados | | | | | |
|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | | |
| | Varones | Mujeres | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 49 |
| 50.00% | 54.63% (389/712) | 38.38% (109/284) | 55.14% (204/370) | 48.61% (210/432) | 43.30% (84/194) |

| Comentarios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La Encuesta Nacional de Juventud es realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), dependencia estatal dedicada al tema jóvenes. • La medición solo contempla población entre 15 y 29 años de edad. • Los datos proporcionados corresponden a la pregunta “Durante tu última relación sexual ¿se usó algún método de prevención? – opción condón o preservativo. • Para el análisis se filtró los resultados según haber tenido más de una pareja sexual durante los últimos 12 meses. • Para el cálculo del indicador se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. • Como información adicional, la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud (Ministerio de Salud, 2006), aplicada a una muestra de 6.210 personas de 15 años y más (3.720 entre los 15 y los 49 años), indica que los resultados globales son de 28.15% (76/270); 17.78% en mujeres (8/45) y 30.22% en hombres (68/225); 32.26% de los jóvenes de 15 y 19 años (10/31), 33.85% de los encuestados entre 20 y 24 años (22/65) y 25.29% de la población de 25 a 49 años (44/174). |

| INDICADOR 18 | Indicador pertinente y reportado. |
|---|-----------------------------------|
| Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente. | |

| Medición | | |
|-------------|--|-----|
| Numerador | Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente en los últimos 12 meses. | 87 |
| Denominador | Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses. | 120 |
| Fuente | Estudio de Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas (2006), realizado con metodología de referencia en cadena considerando una muestra de 120 trabajadoras sexuales de las regiones de Tarapacá, Metropolitana y del Bío Bío. | |

| Resultados | | | | |
|------------|-----------------|---------|-------------------|-------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 18 a 24 | 25 y más |
| 72.50% | No corresponde. | 72.50% | 73.91% (17/23) | 72.16% (70/97) |

| Comentarios |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los datos reportados sobre trabajadoras sexuales se extrajeron del Estudio de Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas, realizado en el año 2006 por la empresa Demoscópica S.A. para CONASIDA y coordinado por una Mesa de Trabajo sobre el Condón Femenino integrada por representantes de CONASIDA, de la Red de Personas VVIH VIVO POSITIVO y del Sindicato de Trabajadoras Sexuales Ángela Lina. • Este estudio se realizó en tres regiones del país (Tarapacá –que actualmente se ha dividido en las regiones de Arica y Parinacota y Tarapacá-, Metropolitana y del Bío Bío), utilizando una metodología de referencia en cadena tipo bola de nieve. • La muestra lograda asciende a 360 casos, de los cuales 120 corresponden a trabajadoras sexuales. • El estudio solo consideró mujeres, por lo que el indicador no se reporta para trabajadores sexuales masculinos. • El dato reportado corresponde a la pregunta “En los últimos doce meses ¿con qué frecuencia diría usted que ha utilizado el preservativo o condón masculino en sus relaciones sexuales?”, utilizando –para efectos del cálculo del indicador- solo la categoría de respuesta “siempre”. Si bien el cuestionario no permite distinguir entre el uso con clientes y el uso con otras parejas, se asume que la categoría siempre incluye a ambos tipos de parejas sexuales. • Se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. • Los datos indican que de 120 TS encuestadas, 87 afirman usar siempre el condón en sus relaciones sexuales, lo que equivale a un 72.50% de la muestra. |

| | |
|--|--|
| INDICADOR 19 | Indicador pertinente y reportado. |
| Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina. | |

| Medición | | |
|-------------|---|-----|
| Numerador | Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal. | 263 |
| Denominador | Número de entrevistados que declara haber mantenido un coito anal con una pareja masculina durante los últimos seis meses. | 471 |
| Fuente | Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV (2008 – 2009), realizado con metodología RDS considerando una muestra de 471 hombres que tienen sexo con hombres de las regiones Metropolitana y de Valparaíso. | |

| Resultados | | | | |
|------------|------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 18 a 24 | 25 y más |
| 55.84% | 55.84% | No corresponde. | 49.67% (151/304) | 67.02% (112/167) |

| Comentarios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los datos reportados sobre hombres que tienen sexo con hombres se extrajeron del Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV, realizado entre los años 2008 y 2009, por un equipo de trabajo integrado por representantes del Ministerio de Salud (CONASIDA, Departamento de Epidemiología e Instituto de Salud Pública), de ONUSIDA, de OPS y de las organizaciones sociales: Corporación Chilena de Prevención del SIDA (ACCIÓN GAY), MUMS y Red OSS. • Este estudio se realizó en dos regiones del país (Metropolitana y de Valparaíso), utilizando la metodología RDS (muestreo de referencia en cadena basado en quienes responden) e incluyendo un análisis serológico de laboratorio y la aplicación de un cuestionario sociocomportamental. • La muestra lograda asciende a 471 casos, todos HSH de 18 o más años que residen o trabajan en las regiones consideradas en el estudio. • El dato reportado corresponde a los encuestados que responden afirmativamente la pregunta “durante su última relación sexual anal penetrativa con un hombre, ¿usó usted o su pareja preservativo o condón?”. • Para el cálculo del indicador –y siguiendo las directrices entregadas para UNGASS 2010- se consideraron los datos muestrales crudos y no las estimaciones poblacionales generadas por el programa RDSAT. • Se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. • Los datos indican que de 471 HSH encuestados, 263 señalan haber usado condón en su último coito anal con otro hombre, lo que equivale a un 55.84% de la muestra. • Cabe mencionar que la medición consideró haber mantenido relaciones sexuales con hombres durante los últimos doce meses, por lo que no se dispone de información exacta sobre los últimos seis meses. |

5.5.- Indicadores de Impacto.

| INDICADOR 23 | Indicador pertinente y reportado. |
|---|-----------------------------------|
| Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH. | |

Hombres que Tienen Sexo con Hombres.

| Medición | | |
|-------------|---|-----|
| Numerador | Número de miembros de poblaciones más expuestas (en este caso HSH) con resultado positivo en la prueba del VIH. | 95 |
| Denominador | Número de miembros de poblaciones más expuestas (en este caso HSH) que se sometieron a la prueba del VIH. | 469 |
| Fuente | Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV (2008 – 2009), realizado con metodología RDS considerando una muestra de 471 hombres que tienen sexo con hombres de las regiones Metropolitana y de Valparaíso. | |

| Resultados | | | | |
|------------|------------|-----------------|-------------------|--------------------|
| Global | Según sexo | | Según edad | |
| | Varones | Mujeres | 18 a 24 | 25 y más |
| 20.26% | 20.26% | No corresponde. | 7.28% (22/302) | 43.71% (73/167) |

| Comentarios |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los datos reportados sobre hombres que tienen sexo con hombres se extrajeron del Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV, realizado entre los años 2008 y 2009, por un equipo de trabajo integrado por representantes del Ministerio de Salud (CONASIDA, Departamento de Epidemiología e Instituto de Salud Pública), de ONUSIDA, de OPS y de las organizaciones sociales: Corporación Chilena de Prevención del SIDA (ACCIÓN GAY), MUMS y Red OSS. • Este estudio se realizó en dos regiones del país (Metropolitana y de Valparaíso), utilizando la metodología RDS (muestreo de referencia en cadena basado en quienes responden) e incluyendo un análisis serológico de laboratorio y la aplicación de un cuestionario sociocomportamental. • La muestra lograda asciende a 471 casos, todos HSH de 18 o más años que residen o trabajan en las regiones consideradas en el estudio. Para el cálculo del indicador se consideran 469 casos, ya que dos casos reactivos a ELISA no pudieron ser confirmados como positivos. • El dato reportado corresponde a los resultados de laboratorio de los participantes del estudio. • Para el cálculo del indicador –y siguiendo las directrices entregadas para UNGASS 2010- se consideraron los datos muestrales crudos y no las estimaciones poblacionales generadas por el programa RDSAT. No obstante, puede señalarse que en el caso de la Región Metropolitana la prevalencia arrojada por el programa RDSAT es de 21.1%, con un intervalo de confianza entre un 12.8% y un 30.0%. • Se contó con acceso a la base de datos lo que permitió desagregar la información de acuerdo a los requerimientos de UNGASS. |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Los datos indican que de 469 HSH que se sometieron al examen de detección del VIH, 95 fueron confirmados con serología positiva, lo que equivale a un 20.26% de la muestra.

Trabajadoras/es Sexuales.

| Medición | | |
|-----------------|--|-------|
| Numerador | Número de miembros de poblaciones más expuestas (en este caso trabajadoras/es sexuales) con resultado positivo en la prueba del VIH. | 15 |
| Denominador | Número de miembros de poblaciones más expuestas (en este caso trabajadoras/es sexuales) que se sometieron a la prueba del VIH. | 2.030 |
| Fuente | <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de registro del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) – Ministerio de Salud, año 2008. • Estadística del Control de Salud Sexual – CONASIDA, año 2008. • De acuerdo a las orientaciones para el Informe UNGASS solo se considera a la Región Metropolitana (capital del país), con el objetivo de hacer comparable el dato con el reporte anterior. | |

| Resultados | | |
|-------------------|----------------|----------------|
| Global | Según sexo | Según edad |
| 0.74% | No disponible. | No disponible. |

| Comentarios |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Para las trabajadoras/es sexuales, el numerador se obtiene a partir del registro del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y se refiere a la cantidad de exámenes realizados en la categoría comercio sexual en la Región Metropolitana con resultado positivo confirmado durante el año 2008 (15). • El denominador lo entrega la estadística de Control de Salud Sexual generada por CONASIDA y corresponde a la cantidad de trabajadoras y trabajadores sexuales en control durante el año 2008 en Centros de ITS de la capital (2.030). • Para efectos del cálculo del indicador, se considera que las personas en control se han realizado el examen, dato avalado porque los exámenes de detección del VIH de la categoría comercio sexual (DEIS) (2.839 exámenes en la región en el año 2008) exceden al número de personas en control, lo que indica que la realización del examen sucede más de una vez al año, ya que la normativa vigente establece un examen cada seis meses. • De forma complementaria puede señalarse que al considerar a todas las regiones del país, el cálculo genera un 0.87% (79/9.097). |

| INDICADOR 24 | Indicador pertinente y reportado. |
|---|-----------------------------------|
| Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continua en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia ARV. | |

| Medición | | |
|-------------|--|-------|
| Numerador | Número de adultos y niños que sigue con vida y en TARV a los 12 meses de iniciado el tratamiento. | 4.795 |
| Denominador | Total de adultos y niños que inició la TARV y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del período de información, incluidos los que fallecieron desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron, y los perdidos para el seguimiento al duodécimo mes. | 5.096 |
| Fuente | Evaluación del impacto del tratamiento antirretroviral en Chile. Informe post 5° año de estudio y seguimiento. Diciembre 2008. | |

| Resultados | | | | | |
|------------|----------------|---------|----------------|---------|---------|
| Global | Según sexo | | Según edad | | |
| | Varones | Mujeres | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 49 |
| 94.09% | No disponible. | | No disponible. | | |

| Comentarios |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • La medición que permite dar cuenta del indicador respecto a la sobrevida de las PVVIH, se sustenta en Estudio Evaluación de Impacto de TARV de adultos y niños que constituye la Cohorte Chilena de SIDA y específicamente en los resultados reportados en diciembre de 2008, que consideran hasta julio de ese mismo año. • La metodología de investigación se basa en el seguimiento homogéneo y protocolarizado a mediano plazo, de PVVIH que reciben terapia antirretroviral (TARV) a través del sistema público de salud. • El indicador considera a las personas que presentan 12 meses de seguimiento, las que ascienden a 4.795 personas, observándose una sobrevida de 94.09%. • La misma evaluación –que incluye a las personas ingresadas entre los años 2001 y 2007, con un total que supera los 7.000 casos- permite conocer información complementaria sobre el impacto de las terapias ARV en la sobrevida de quienes viven con VIH/SIDA: <ul style="list-style-type: none"> - La probabilidad de sobrevida se sitúa –al cabo del primer año- en alrededor de un 91.7%. - En los años de seguimiento posteriores, se registra una leve caída de la sobrevida hasta un 90.9% en el tercer año de observación. - Luego los cambios son mínimos, llegando a un 90.6% en el sexto año. - Puede concluirse que la mayor proporción de muertes se presenta durante el primer año y, desde el tercer año en adelante, las cifras de mortalidad se hacen estacionarias –al menos- hasta el sexto año de seguimiento. |

| | |
|---|---|
| INDICADOR 25 | Indicador pertinente y reportado con información faltante. |
| Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas. | |

| Medición | | |
|----------------------|--|-----|
| Indicador solicitado | El indicador se debe calcular tomando el promedio de las probabilidades de transmisión materno infantil en las embarazadas que reciben y no reciben profilaxis para el VIH; el factor que se pondera es la proporción de mujeres que recibe y no recibe diversos tratamientos profilácticos. | |
| Indicador calculado | | |
| Numerador | Número de nacidos vivos de madres viviendo con VIH con protocolo de TARV infectados por VIH. | 4 |
| Denominador | Número de nacidos vivos de madres viviendo con VIH con protocolo de TARV estudiados. | 153 |
| Fuente | <ul style="list-style-type: none"> • Base de datos CONASIDA – Ministerio de Salud, año 2008. • Sistema de registro del Instituto de Salud Pública, referente nacional para el diagnóstico de infección pediátrica por VIH, año 2008. | |

| Resultados | | |
|------------|----------------|-----------------|
| Global | Según sexo | Según edad |
| 2.61% | No disponible. | No corresponde. |

| Comentarios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • El indicador reportado corresponde al año 2008. • El indicador se refiere sólo al sistema de salud pública, ya que no se dispone de información del sector privado. • El indicador considera a embarazadas accedieron al protocolo para prevenir la transmisión materno infantil. Cabe señalar, que la diferencia entre los niños nacidos vivos y estudiados (153) y las embarazadas en TARV en el año 2008 reportadas en el indicador 5 (116), se produce porque hay niños que nacieron el 2008, pero sus madres iniciaron el protocolo durante el año 2007. • Por otra parte, debe reiterarse que se estima que durante el año 2008 hubo 19 embarazadas que no accedieron a protocolo (ver detalle en indicador 5), lo que considerando una transmisión vertical de 30% (transmisión observada, cuando no existía intervención preventiva en el país), genera un total de 6 niños que podrían estar infectados por VIH, pero de los cuales no se tiene certeza. • Finalmente, de los 153 niños que constituyen el denominador, hay 55 que continuaron en estudio, por lo que las cifras reportadas son preliminares. |

V.- PRÁCTICAS ÓPTIMAS.

Como se desprende de los indicadores presentados y de la descripción de la Respuesta Nacional para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA, durante los últimos dos años se han registrado cambios en las estrategias implementadas, constatándose retrocesos en algunas áreas y avances en otras.

Entre los avances existen algunas iniciativas que pueden destacarse como experiencias de buenas prácticas, tanto por su relevancia en la mitigación del impacto de la epidemia como por tratarse de acciones desarrolladas conjuntamente entre diversos actores involucrados en la Respuesta Nacional.

A continuación se presentan las iniciativas llevadas a cabo en el último bienio que se han identificado como buenas prácticas.

- **Capacidad de enfrentamiento en situaciones de crisis.**

Como se detalla en la sección referida a los principales problemas suscitados en el último período, se registraron dos procesos que afectaron el enfrentamiento de la epidemia en el país, como son la paralización del Proyecto Fondo Global en Chile y la detección de algunas deficiencias en los procesos de comunicación de resultados del examen VIH a personas diagnosticadas por laboratorio.

En el contexto de esta última dificultad, debe relevarse la forma en que ésta fue abordada, a través de una acción rápida, que consideró un diagnóstico de la situación, así como una evaluación de los procedimientos utilizados en el sistema de salud pública. Una de las medidas implementadas fue la conformación de un Panel de Expertos para asesorar a la autoridad de salud para la optimización del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, esta comisión entregó sus recomendaciones en marzo de 2009.

Cabe señalar, que las medidas tomadas en este contexto se han ido implementando gradualmente, encontrándose algunas de ellas todavía en proceso.

- **Coordinación entre los sectores de salud pública y privada para el registro del diagnóstico de personas viviendo con VIH.**

Vinculado al diagnóstico señalado en el punto precedente, durante el último período también logró generarse una mejoría en la coordinación entre los ámbitos público (liderado por CONASIDA) y privado de salud (Asociación de Clínicas y Laboratorios Privados), para el diseño conceptual de un sistema conjunto de información y registro de los procesos involucrados en el diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH.

Este sistema considera información sobre los distintos procesos y subprocesos vinculados al diagnóstico de la infección por VIH, abarcando desde el acceso al examen hasta la comunicación de sus resultados al usuario, definiendo los roles, funciones y responsabilidades de cada nivel y profesional que interviene en cada una de estas etapas. El sistema genera alertas cuando alguna etapa no se ha cumplido o se ha dilatado en el tiempo establecido para su cumplimiento, permitiendo tomar acciones inmediatas para su corrección, con ello se espera favorecer el acceso oportuno a la atención clínica y al tratamiento cuando sea necesario.

- **Estudio de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres.**

El estudio de prevalencia de VIH en población HSH, también denominado CHIPREV, puede considerarse como una buena práctica debido a diversas razones. En primer lugar, por su aporte al conocimiento de la epidemia del VIH/SIDA, ya que si bien se han realizado grandes avances en materia de vigilancia epidemiológica, las limitaciones metodológicas vinculadas a poblaciones escondidas o de difícil acceso, como es el caso de los hombres que tienen sexo con hombres, dificultaron la realización previa de mediciones de prevalencia que permitieran conocer la magnitud de la epidemia en esta población objetivo, a pesar de la clara concentración de la transmisión del virus a través de relaciones homo y bisexuales. En este sentido, los resultados del estudio, además de permitir al país contar con información sobre los niveles de prevalencia de VIH en la población de hombres que tienen sexo con hombres, constituyen un importante insumo para las estrategias de prevención que se desarrollan hacia esa población, tanto desde las políticas y programas de gobierno, como desde el accionar de las organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA.

Por otra parte, su relevancia también radica en la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación, ya que el estudio CHIPREV representa la primera experiencia chilena desarrollada con el muestreo basado en quienes responden (Respondent Driven Sampling, RDS), que corresponde a un muestreo de referencia en cadena que incorpora elementos de la teoría de redes sociales y de los procesos de Markov, para mejorar la representatividad y la validez de los resultados obtenidos por medio de los muestreos no probabilísticos, y que está siendo ampliamente utilizado a nivel mundial para abordar a poblaciones de difícil acceso.

En tercer lugar, debe destacarse la innovación que esta experiencia constituye en cuanto al modelo de coordinación implementado para ejecutar el estudio, sustentado en la instalación de un equipo de trabajo tripartito, con representantes del Ministerio de Salud, a través de CONASIDA, el Departamento de Epidemiología y el Instituto de Salud Pública; de las agencias internacionales, mediante la oficina de ONUSIDA y la sede de OMS/OPS en Chile; y de organizaciones sociales, a través de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA (ACCIONGAY), el Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS) –que realizó un trabajo coordinado con el Centro Regional de Información y Apoyo para la Prevención Social del VIH/SIDA (CRIAPS)- y la Red de Orientación en Salud Social (Red OSS).

- **Proceso de elaboración del Informe de Chile para UNGASS 2010.**

Otra experiencia que puede destacarse se refiere al propio proceso de elaboración del reporte de Chile para UNGASS 2010. Este proceso ha considerado las Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos entregadas a nivel mundial, en relación a desarrollar un trabajo inclusivo y participativo para la confección de los informes.

En este contexto se efectuaron tres jornadas de trabajo. La primera de ellas buscó dar a conocer la metodología definida para la elaboración del reporte y establecer una coordinación con diversos actores de la Respuesta Nacional. En un segundo momento se abordó el ICPN, lo que permitió tener un ICPN consensuado del país. La tercera jornada consistió en un taller de validación del informe, a partir de la cual fue posible compartir los aspectos narrativos y los indicadores calculados, recogiendo la opinión de los actores involucrados en el proceso respecto al reporte.

Durante toda la experiencia participaron representantes de diversas instituciones nacionales y de cooperación internacional, así como de las redes de organizaciones sociales, del ámbito biomédico y de la academia con trabajo en la temática del VIH/SIDA.

- **Mantenimiento del Sistema de Garantías Explícitas de Salud para el VIH/SIDA.**

El acceso a terapia para quienes lo requieran fue asegurado por la Ley de Garantías Explícitas en Salud (Sistema GES) promulgada en el año 2005, por lo que fue destacado como una buena práctica en el informe UNGASS anterior. No obstante, en este reporte se ha decidido relevar la mantención de estas garantías, que han permitido ampliar el acceso a tratamiento antirretroviral a todas las personas que lo requieren y que involucran tanto al sistema de salud pública como privada.

- **Pertinencia Local.**

Si bien la finalización del Proyecto Fondo Global en Chile implicó una disminución de los recursos humanos y financieros destinados al ámbito de la prevención, debe destacarse la mantención del trabajo desarrollado a nivel regional, a través de la Respuesta Regional Integrada, que permite contar con Planes Anuales de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, insertos en los Planes Regionales de Salud Pública de las Autoridades Sanitarias Regionales, potenciando la descentralización, la pertinencia local de las intervenciones que se desarrollan en cada región, así como la intersectorialidad y la participación social.

Esta situación puede destacarse como una buena práctica, en cuanto promueve y profundiza los procesos de descentralización de la respuesta a la epidemia, no obstante, también debe tenerse en cuenta que la priorización de las acciones en VIH/SIDA pasa a depender en mayor medida de las decisiones locales.

VI.- PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS.

No obstante los avances y las buenas prácticas que pueden constatarse durante el último bienio, es necesario también abordar los principales problemas que se han registrado en este periodo, así como las acciones que se han implementado para superarlos. Al respecto, se presentan aquí tres tipos de dificultades:

- Vinculadas a la reformulación de las acciones para corregir la no comunicación de resultados a personas con exámenes VIH+.
- Vinculadas al término del Proyecto Fondo Global en Chile.
- Vinculadas a aspectos generales.

1.- ACCIONES PARA CORREGIR LA NO COMUNICACIÓN DE RESULTADOS A PERSONAS CON EXAMENES VIH+.

1.1.- Breve Descripción del Proceso.

A fines del año 2008 se evidenció la existencia de una serie de debilidades en los sistemas asociados al diagnóstico de infección por VIH y en los mecanismos de registro y monitoreo de estos casos en los distintos niveles de la atención en salud.

Esta situación generó la necesidad de evaluar los procedimientos implementados, identificando los aspectos problemáticos y definiendo las acciones necesarias para superarlos.

1.2.- Principales Problemas.

Las principales deficiencias detectadas correspondieron a las siguientes.

1.2.1.- A Nivel de Vigilancia Epidemiológica.

Se constataron problemas en la aplicación de las normativas vigentes (Decreto N° 158 2004 “Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria” y Circular N°1 B51/18 de 2007 del MINSAL), que genera problemas en el flujo de información requerido para alimentar los sistemas de vigilancia epidemiológica del país. Específicamente se observa:

- Subnotificación desde los establecimientos asistenciales hacia la Autoridad Sanitaria.
- Dificultad en los procedimientos definidos para cumplir con la normativa relativa a vigilancia epidemiológica de laboratorio y notificación de casos.

1.2.2.- A Nivel de la Atención en las Diferentes Instancias de la Red Pública de Salud en las que se Realiza la Detección y Diagnóstico de Laboratorio del VIH/SIDA.

En este ámbito se identifican las siguientes deficiencias:

- Diversidad en la aplicación del marco legal y normativo relativo al examen de detección del VIH.

- Número insuficiente de funcionarios de salud capacitados en consejería, debido principalmente a la alta rotación de éstos.
- Falta de claridad en la explicitación y formalización de funciones del personal que participa en las diferentes etapas del proceso, desde la solicitud/oferta del examen, información al paciente/usuario del resultado del mismo y la notificación epidemiológica de los casos.
- Insuficiencia y en algunos casos ausencia de registros adecuados que permitan verificar las acciones realizadas y la coordinación entre los distintos niveles de atención, servicios clínicos y responsables, para el seguimiento de las personas con exámenes confirmados por el ISP.
- Diversidad de condiciones en que la red asistencial está implementando el Modelo de Atención a personas que viven con VIH/SIDA, el que constituye un marco referencial, sobre el cual debe otorgarse esta atención, fundamentalmente existe brecha importante de recursos humanos destinados a la atención clínica directa.

1.2.3.- A Nivel de Monitoreo, Control y Evaluación de los Procesos Involucrados (desde la Solicitud de Examen al Usuario hasta la Comunicación del Resultado al Mismo).

- Vinculado a los problemas anteriores, a nivel de seguimiento se detecta una debilidad en el desarrollo de mecanismos y procedimientos formalizados destinados a monitorear los distintos procesos, controlar y evaluar la implementación del marco legal y normativo en la red de atención, para identificar puntos críticos a fin de tomar las medidas correctivas pertinentes, cautelar la continuidad y oportunidad de la atención del paciente, y contar con información para evaluar el proceso.

1.3.- Acciones Correctoras.

Ante las deficiencias evidenciadas se realizó un diagnóstico detallado de la situación y una evaluación de los procedimientos implementados. Este proceso contó con la participación de diversos actores nacionales e internacionales y permitió definir una serie de acciones a implementar para corregir los problemas. Esta tarea se desarrolló desde finales del año 2008 y todo el año 2009 y fue apoyada con recursos financieros extraordinarios aportados en el marco del “Plan de 90 Días”²⁷ otorgados por el Ministerio de Hacienda, bajo la línea “reforzamiento y consolidación de la consejería y desarrollo de nuevos procedimientos en el acceso y seguimiento en el diagnóstico de infección por VIH”, que introdujo acciones correctivas en los sistemas de registro relacionados con la toma de muestra y entrega de resultados.

Resultó fundamental dar especial importancia al reforzamiento del trabajo coordinado entre las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública, y entre los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, entidades descentralizadas y locales de ambas subsecretarías. La “reconexión” entre ambas instancias fue definida como una necesidad básica para el logro de lo planteado.

²⁷ Como se ha señalado, el Plan de 90 Días corresponde a un plan formulado por el Ministerio de Salud a principios del año 2009, definiendo metas claras y evaluables en áreas de gestión prioritarias para la salud de la población, a ser desarrolladas en un plazo de 90 días.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

Como acciones concretas implementadas durante este proceso, pueden relevarse las siguientes:

- Constitución de un grupo de trabajo asesor del Ministro de Salud, que generó recomendaciones vinculadas a la vigilancia epidemiológica, al sistema de registro, al monitoreo de procesos y a la normativa jurídica.
- Elaboración de un Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH, que permite estandarizar los procedimientos de detección, diagnóstico e información de resultados de infección por VIH en todos los niveles de atención, tanto del sector público como privado, considerando también la notificación epidemiológica.
- Diseño de un sistema nacional de información y registro, consistente en un sistema informático de registro único, público y privado, de todos los procesos involucrados en el diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH, lo que permite realizar un seguimiento a los pacientes que se pesquisen como positivos y favorece el acceso oportuno a la atención y tratamiento.
- Mejoramiento de la red nacional de consejería, incluyendo un catastro del recurso humano capacitado en consejería para VIH/SIDA e ITS, la reformulación del manual de formación básica para consejería, la diferenciación de la consejería para la prevención y la consejería para el examen de VIH, y la realización de 24 talleres de formación de consejeros en todo el país, aumentando –así- la cantidad de profesionales y técnicos destinados a esta labor.
- Difusión a la ciudadanía sobre sus derechos y deberes en los procesos de detección y diagnóstico de la infección por VIH.

2.- FINALIZACIÓN DEL PROYECTO FONDO GLOBAL EN CHILE.

2.1.- Breve Descripción del Proceso.

En el año 2002 Chile se adjudicó un proyecto apoyado financieramente por Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que fue ejecutado en condiciones normales hasta enero de 2008 y que debía finalizar en julio de ese mismo año.

No obstante, desde fines de 2007 se detectaron situaciones anómalas vinculadas al Receptor Principal de los recursos –función desarrollada por un consorcio integrado por el Consejo de las Américas y la Fundación IDEAS- que derivaron en la realización de una auditoría y, posteriormente, en acciones legales, que impidieron el término y posterior cierre del proyecto en condiciones adecuadas y “normales”.

2.2.- Principales Problemas.

La situación descrita tuvo grandes repercusiones para las estrategias vinculadas al VIH/SIDA en el país, a nivel financiero y programático, tanto en el trabajo implementado desde el gobierno como desde las organizaciones sociales. Como principales dificultades asociadas al término del Proyecto Fondo Global – Chile pueden señalarse las siguientes:

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Discontinuidad de algunas iniciativas. Si bien no todas las iniciativas desarrolladas con financiamiento del Fondo Global tenían prevista su continuidad, muchas de ellas constituían un importante avance en el enfrentamiento de la epidemia, no alcanzándose a definir mecanismos que permitieran su sustentabilidad una vez finalizado el proyecto.
- Lo anterior, sumado al énfasis que se requirió dar al programa nacional durante el último año (lo que fue abordado más arriba), incidió sobre todo en la disminución de las iniciativas de prevención del VIH/SIDA. Si bien muchas acciones se han mantenido, los recursos destinados a esta área han descendido y no se ha logrado incentivar su generación a nivel local, lo que ha tenido repercusiones en las acciones definidas regionalmente y en la cobertura de las estrategias.
- Estancamiento del trabajo intersectorial. Si bien existen diversos acuerdos, convenios y acciones desarrolladas entre el Ministerio de Salud y otros sectores, tanto a nivel central como regional (donde se han constituido equipos que llevan a cabo la Respuesta Regional Integrada), se constata una disminución de la coordinación intersectorial durante el año 2009, así como la falta de lineamientos que definan un marco común de acción para las distintas instituciones en la temática.
- Por otra parte, también se ha visto afectada la participación de las organizaciones sociales, debido a la desarticulación de los canales de participación habituales y a la desaparición de las mesas de trabajo vinculadas a los distintos proyectos ejecutados en el marco del Fondo Global.
- Vinculado a lo anterior, el fin de este proyecto generó importantes problemas al interior de las redes sociales, lo que también ha afectado su accionar y su interlocución con las contrapartes gubernamentales.
- Finalmente, en materia de investigación, algunos estudios no pudieron ser concluidos y no ha logrado darse continuidad a diversas líneas de estudios como las de Cuentas Nacionales y MEGAS.

2.3.- Acciones Correctoras.

Los problemas derivados del término del Proyecto Fondo Global en Chile presentan una posibilidad de resolución más lenta que los abordados previamente. Esto se debe, por una parte, a la prioridad dada a enfrentar las deficiencias registradas en los niveles de vigilancia, monitoreo y diagnóstico que ya fueron descritas, lo que requirió de la concentración de los recursos financieros y humanos en esa labor.

Por otra parte, debe mencionarse la diversidad de actores involucrados en el Proyecto Fondo Global – Chile, lo que genera la necesidad de llevar a cabo procesos internos y de coordinación más complejos y –por lo tanto- más lentos.

En tercera instancia, antes de establecer acciones correctoras para subsanar los problemas identificados, se estima necesario concluir el proceso de cierre de la iniciativa financiada por el Fondo Global, lo actualmente se encuentra en curso.

3.- OTRAS DIFICULTADES.

Además de los problemas descritos, existen otros obstáculos y brechas a enfrentar para cambiar la tendencia de la epidemia, reducir la discriminación y lograr una mayor participación y responsabilidad social en la Respuesta Nacional.

Estas dificultades se vinculan a la lentitud de los cambios sociales hacia una cultura basada en la libertad; el respeto por los derechos humanos y la diversidad; la brecha entre las políticas públicas y lo que la ciudadanía desea y requiere en los temas de sexualidad y prevención; la baja transversalidad de la temática en las políticas intersectoriales; la debilidad de los programas de educación sexual incorporados en la formación de niños y niñas y adolescentes; el escaso involucramiento del sector privado-empresarial; y la insuficiente diversificación e incidencia de las organizaciones de sociedad civil que participan activamente en la Respuesta.

Este tipo de problemas ya había sido identificado en el reporte para UNGASS 2008, por lo que a continuación se mencionan aquellos que persisten en la actualidad.

- Si bien la Respuesta Nacional considera a distintas poblaciones, la cobertura de las acciones aún resulta insuficiente. Se requiere incrementar la cobertura de las acciones preventivas, particularmente, considerando la territorialidad de ellas y la diversificación de la sociedad civil involucrada en la Respuesta Nacional.
- Aún se presentan limitaciones relacionadas con la integración de las acciones a través de una política pública que instale la temática del VIH/SIDA dentro de la red social institucional y genere un plan estratégico multisectorial.
- En materia educacional, puede señalarse la falta de programas de educación sexual incorporados en la formación de niños y niñas y adolescentes.
- Si bien se ha logrado la cobertura del 100% de terapia ARV, ésta no es extensiva a los funcionarios de las Fuerzas Armadas y Gendarmería, quienes pertenecen a un sistema de salud propio de carácter institucional, que no asegura legalmente el acceso a TARV, con la consecuente discriminación que ello implica para las personas afectadas.
- Se requiere profundizar el apoyo psicosocial a las PVVIH y en especial a los/as niños/as afectados por las epidemia. Al respecto, cabe señalar, la publicación de un documento con lineamientos para el apoyo psicosocial a niños/as y adolescentes VVIH.
- Escaso involucramiento del sector privado, en especial, el sector empresarial en la respuesta nacional al VIH/SIDA.
- Persistencia de los niveles de discriminación que afectan a las minorías sexuales y a las personas viviendo con VIH, no contándose aún con una ley que regule las situaciones de discriminación.

VII.- APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.

Para el desarrollo de este capítulo se considera una serie de desafíos necesarios de emprender para seguir avanzando en el cumplimiento de los compromisos UNGASS y en el enfrentamiento de la epidemia. Estos desafíos deben ser asumidos conjuntamente entre los distintos asociados que tradicionalmente han estado involucrados en la Respuesta Nacional de lucha contra el VIH/SIDA en el país.

1.- PRINCIPALES DESAFÍOS FUTUROS.

1.1.- En Relación a la Transversalización de la Respuesta Nacional.

- Fortalecimiento de las políticas públicas intersectoriales que aborden las inequidades: profundizar el enfoque de determinantes sociales de la salud en las estrategias de prevención del VIH/SIDA y las ITS, enfrentando las causas socio-estructurales que determinan las desigualdades y la vulnerabilidad frente al VIH, a fin de ofrecer soluciones integrales.
- Lo anterior, requiere de mayor información que refleje las distintas realidades locales, mantener la permanente evaluación de las intervenciones y optimizar las políticas públicas intergubernamentales.
- Mayor transversalización del tema en la sociedad, generando una responsabilidad compartida, con participación de más actores sociales, distintos sectores gubernamentales, el sector privado y organizaciones de base comunitaria.
- Fortalecer las redes de organizaciones sociales con trabajo en la temática y rearticular los canales de participación entre el estado y la sociedad civil.

1.2.- En Relación a los Servicios Entregados a la Población.

- Mejorar la promoción del examen de detección del VIH en poblaciones focalizadas, de acuerdo al perfil epidemiológico, con el objetivo de facilitar el diagnóstico e ingreso precoz a la atención clínica y al tratamiento antirretroviral cuando sea necesario.
- Avanzar en la disminución significativa de los costos en los tratamientos antirretrovirales, a través de una mayor incorporación de fármacos similares equivalentes terapéuticos.
- Avanzar en la gestión descentralizada de decisiones terapéuticas.
- Aumentar la dotación de recursos humanos en los centros de atención
- Mejorar el acceso de las personas y comunidades a la información sobre el tema, las estrategias de prevención –entre ellas la promoción del uso del condón-, implementando estrategias innovadoras para mejorar su disponibilidad y aceptabilidad.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Junto a ello, incrementar la cobertura y focalización de las acciones en las poblaciones más vulnerables, profundizando el enfoque de género para disminuir la vulnerabilidad de mujeres, niñas y homosexuales.
- Implementar estrategias de apoyo psicosocial a niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH/SIDA, que aborden áreas de sexualidad y comunicación del diagnóstico.
- Mejorar la atención focalizada y el apoyo psicosocial dirigido a niños vulnerables con infecciones de transmisión sexual.
- Avanzar hacia estados de salud en que las responsabilidades sean plenamente asumidas y compartidas entre las personas/usuarios y el sistema de salud.
- Profundizar y fortalecer la cooperación bilateral, regional y mundial, para el logro de objetivos comunes, que permitan avanzar hacia el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento.

1.3.- En Relación a la Vigilancia y Monitoreo.

- Desarrollar estudios (epidemiológicos, de prevalencia, de evaluación de impacto de TARV, Cuentas Nacionales, investigaciones sociocomportamentales, etc.), colaborando así al conocimiento científico en este ámbito, para la toma de decisiones de intervención y evaluar las estrategias implementadas.
- Contar con un modelo de proyecciones y estimaciones de la epidemia, que permitan adecuar de manera más acertada las necesidades futuras.
- Contar con un modelo que permita estimar las necesidades financieras.
- Contar con un sistema integrado de vigilancia, seguimiento, monitoreo y evaluación, vinculado a un plan nacional, que considere –entre otras cosas- los componentes ligados al monitoreo de avance de los compromisos internacionales del tema (UNGASS, Acceso Universal, Objetivos del Milenio y Compromisos entre los Ministerios de Salud y Educación a nivel de Latinoamérica), así como el seguimiento de compromisos nacionales, como son los objetivos sanitarios, el GES, entre otros.
- Incrementar la instalación de capacidades analíticas de la información a nivel regional.

2.- APOYO REQUERIDO DESDE EL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS.

Se requiere profundizar las alianzas con las agencias y programas con presencia en el país, en particular las que integran el Equipo Conjunto de SIDA de Naciones Unidas, para:

- Avanzar en el logro de un plan nacional.
- Posicionar el tema en la agenda política.
- Aprovechar la asistencia técnica disponible.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

- Avanzar en el apoyo del sistema al trabajo realizado en las regiones del país prioritarias para el tema.

Como fortaleza para esta tarea está la fuerte presencia en Chile de agencias con capacidades en el tema VIH, que están disponibles a ponerlas a disposición de las necesidades del país, así como la existencia de un Equipo Conjunto que coordina la respuesta del sistema frente al tema.

VIII.- SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.

En materia de vigilancia y evaluación, la Respuesta Nacional ha logrado desarrollar una serie de estrategias destinadas a conocer la situación de la epidemia y a monitorear los problemas, avances y logros en el trabajo realizado. Al respecto, pueden destacarse cuatro líneas de vigilancia y seguimiento.

1.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

La Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, es un proceso regular y continuo que permite monitorear el comportamiento de la epidemia, los factores de riesgo para adquirir la infección por VIH y las vías de transmisión. Tiene como objetivo conocer la magnitud, tendencia y características de la epidemia en nuestro país, permitiendo este conocimiento evaluar el impacto de las medidas de prevención y control realizadas en Chile.

La vigilancia epidemiológica se realiza mediante la interacción de las siguientes instancias que conforman la red de vigilancia epidemiológica:

- Establecimientos de salud públicos y privados (de atención abierta, cerrada y prestadores individuales).
- Laboratorios de la Red Pública de Salud, laboratorios privados e Instituto de Salud Pública (ISP).
- Autoridad Sanitaria Regional (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud).
- Servicios de Salud.
- Ministerio de Salud (Departamento de Epidemiología, Departamento de Estadísticas e Información en Salud - DEIS).

La red de vigilancia se desarrolla en tres niveles cuyos roles y responsabilidades se diferencian según el proceso en cuestión:

- Proceso de vigilancia local (Establecimientos de Salud y Servicios de Salud).
- Proceso de vigilancia regional (SEREMI).
- Proceso de vigilancia país (Ministerio de Salud).

Bajo el amparo del Decreto Supremo N°158 del 22/10/2004 (Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria) actualmente vigente, se establece al VIH/SIDA como enfermedad de notificación obligatoria universal diaria. De acuerdo al Artículo 6° del mencionado Decreto "Será obligación de todos los médicos cirujanos, que atienden enfermos en establecimientos asistenciales, sean públicos o privados en que se proporcione atención ambulatoria, notificar las enfermedades de declaración obligatoria en la forma que se establece en el presente reglamento.

Si éstos pertenecieran a la dotación de establecimientos asistenciales públicos o privados de atención abierta o cerrada, dicha notificación será responsabilidad del Director del mismo y se realizará por la persona a quién este haya designado para ello, quién servirá como vínculo oficial de comunicación entre la autoridad sanitaria y el establecimiento. El Director deberá

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

comunicar a la autoridad sanitaria el nombre de la persona designada y cualquier cambio que se produzca en su designación”.

Además, el VIH se considera como agente sujeto a vigilancia de laboratorio (artículos 9º y 10º, DS.Nº 158), debiendo los laboratorios clínicos y los bancos de sangre públicos y privados en que se identifique el VIH, enviar al Instituto de Salud Pública la muestra reactiva con el formulario correspondiente.

La vigilancia debe entregar la información sobre la magnitud y evolución del fenómeno en Chile, constituyéndose en un insumo para orientar los procesos de planificación y diseño de las políticas para el manejo del VIH/SIDA en el país, incluyendo a todos los actores relevantes.

Es por la relevancia de este proceso, que se debe cautelar la ejecución de las distintas actividades involucradas, poniendo especial énfasis en el control de los puntos críticos que pueden llevar a errores y al incumplimiento de las metas relativas al proceso.

La vigilancia epidemiológica se inicia con la notificación de un caso confirmado de VIH /SIDA, a través del Boletín de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) (Circular B51/18 del 21 de marzo de 2007) a la Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI). Es esta última la que verifica, procesa y analiza la información proveniente de todos los establecimientos asistenciales (públicos y privados) de la región. Los Servicios de Salud deben asegurar que la información proveniente de los establecimientos de su jurisdicción llegue a la autoridad regional de manera oportuna y con la calidad adecuada.

Finalmente, la información, se envía desde la SEREMI al Ministerio de Salud, donde se integra para entregar la visión nacional.

El Departamento de Epidemiología accede a la base de datos y realiza análisis periódicos de la situación epidemiológica, que son publicados en el sitio Web del Ministerio de Salud. La última publicación data del año 2009 y considera las notificaciones desde 1984 a 2008.

La Comisión Nacional del SIDA utiliza la información epidemiológica para la planificación vinculada a las estrategias de prevención y atención del VIH/SIDA.

Cabe señalar, que el formulario de notificación incluye información sobre el sexo, la edad, la región y comuna de residencia, la nacionalidad, la pertenencia a pueblos originarios, la ocupación, el diagnóstico, el uso de preservativos y la identidad sexual de las personas, entre otras variables.

Por otra parte, existe un formulario específico para la etapificación del VIH/SIDA, que permite diferenciar los casos de VIH y de SIDA. Este formulario es llenado por los médicos cuando una persona accede a control tras haber sido notificada.

De forma complementaria, durante el año 2009 se diseñó un sistema nacional de información y registro, consistente en un sistema informático de registro único, que considera tanto el sector público como el privado. Este registro comenzará a implementarse durante el año 2010, tras haberse capacitado a los referentes regionales respectivos en su manejo (a fines de 2009). Su principal contribución radicará en disminuir uno de los problemas detectados en materia de vigilancia, como es la brecha entre los casos confirmados como positivos y los que llegan a

notificarse, ya que permitirá realizar un seguimiento a los pacientes que se pesquisen como positivos, favoreciendo el acceso oportuno a la atención y tratamiento.

2.- ESTUDIOS.

Si bien una vez concluido el proyecto Fondo Global – Chile el ámbito de la investigación se ha visto disminuido, es posible destacar diversos estudios de gran relevancia para conocer el comportamiento sexual de la población y la prevalencia de la epidemia del VIH/SIDA.

- Prevalencia de VIH en Población HSH y Factores Asociados (CHIPREV) realizado entre los años 2008 y 2009, que permite conocer la magnitud de la epidemia del VIH en esa población objetivo y contribuye a analizar su posible asociación con factores comportamentales y de conocimiento.
- Sexta Encuesta Nacional de Juventud, desarrollada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) el año 2009, que incluye un ítem con preguntas sobre comportamiento sexual y conocimiento sobre VIH/SIDA y que permitirá conocer los avances o retrocesos de los jóvenes respecto a prácticas de prevención de VIH/SIDA, entre otras cosas.
- Segunda Encuesta Nacional de Salud, investigación realizada por el Ministerio de Salud y que se encuentra aún en ejecución. Considera preguntas sobre comportamiento sexual y VIH, y medirá –mediante muestras sanguíneas- la prevalencia del virus del VIH en la población nacional.
- Evaluación del impacto de las terapias ARV a través de la cohorte de PVVIH adultas, basadas en el seguimiento homogéneo y protocolarizado a mediano plazo, bajo un diseño prospectivo, abierto y multicéntrico. El último reporte obtenido es el correspondiente a diciembre de 2008, desarrollándose en la actualidad el proceso administrativo para la continuidad del análisis correspondiente al año 2009.
- Diagnóstico de la Oferta Pública en Materia de Diversidad y No Discriminación, referido específicamente al ámbito de la discriminación y desarrollado por la DOS (División de Organizaciones Sociales), siendo publicado en el año 2008. Contiene información sobre las políticas públicas existentes en materia de diversidad y no discriminación en los servicios públicos de las distintas regiones del país.
- Caracterización de la población trans y Caracterización del trabajo sexual en la Región Metropolitana, que corresponde a un trabajo conjunto entre la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana y organizaciones sociales, que se publicaron a fines del año 2009.
- Desde el Ministerio de Educación está planificado un estudio que se llevará a cabo el año 2010 para identificar el estado actual y las necesidades de mejoramiento del trabajo en sexualidad y afectividad, considerando lo que se ha hecho, los vacíos existentes, y la consulta a expertos y otros actores.

3.- MONITOREO DEL PROGRAMA NACIONAL.

Respecto al monitoreo programático del Programa Nacional pueden comentarse los siguientes procedimientos:

- Mantención de bases de datos con las personas en control y tratamiento antirretroviral, que permiten asignar las terapias de ARV y monitorear este aspecto de la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA.
- Seguimiento y monitoreo de los Planes Anuales Regionales de Prevención en las distintas regiones del país, que permite evaluar el cumplimiento programático y las coberturas alcanzadas por estas acciones.
- Seguimiento y registro de los/as trabajadores/as sexuales en control.
- Monitoreo de la distribución de preservativos. Al respecto, puede destacarse el registro implementado para conocer la cobertura de entrega de condones a usuarios de Infocentros y Direcciones Regionales del INJUV, así como los perfiles generales de los jóvenes que acceden a este servicio.
- Monitoreo del avance en los Objetivos Sanitarios del Sector Salud, entre los cuales se encuentra el VIH/SIDA y del cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

4.- MONITOREO DE LOS AVANCES EN LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES LIGADOS AL VIH/SIDA.

Finalmente, la Respuesta Nacional genera periódicamente información para dar cuenta de diversos indicadores solicitados por distintas instancias de cooperación internacional, con el objetivo de monitorear los avances en los compromisos internacionales ligados al VIH/SIDA:

- Metas de desarrollo del Milenio, a ser cumplidas al 2015: Chile asumió las Metas del Milenio globalmente, incluyendo aquellas relativas al Sector Salud y al VIH/SIDA.
- Compromiso en el marco de la Iniciativa para el Acceso Universal a la Prevención, Apoyo y Tratamiento: Chile está entre los países que monitorean este proceso e informan periódicamente su avance.
- Compromisos en el marco de la Asamblea Extraordinaria de Naciones Unidas sobre SIDA, realizada en 2001 (UNGASS): Chile suscribió los compromisos, referidos a prevención del VIH/SIDA y a la atención integral de PVVIH, así como a la no discriminación y ampliación de la participación social e intersectorial en la respuesta a la epidemia.
- UNITAIDS (Iniciativa Internacional de las Naciones Unidas para facilitar la compra de antiretrovirales para el tratamiento del SIDA): esta iniciativa, creada en 2006, busca asegurar el acceso a los medicamentos antiretrovirales a países en desarrollo, dando cuenta de un principio de solidaridad y cooperación horizontal como parte de la lucha mundial contra el hambre y la pobreza. En este contexto, Chile fue uno de los 5 países

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

fundadores, el Programa participó en los lineamientos técnicos de la iniciativa, cuyos fondos van principalmente a los países de ingreso bajos.

- Convenio Hipólito Unzué, Comunidad Andina de Naciones: Chile forma parte del Comité Técnico Andino en VIH/SIDA. En esta instancia se desarrollan iniciativas que abordan los desafíos comunes en la subregión, entre ellas la Iniciativa Andina de Acceso a TARV: Negociación Conjunta para obtención de precios más adecuados.
- Mercado Común del Sur (MERCOSUR): Chile participa como Estado Asociado en la Comisión Intergubernamental de VIH/SIDA, que desarrolla iniciativas que abordan los desafíos comunes en la subregión.
- Acuerdos de la Primera. Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe.

ANEXO 1.

**PROCESO DE CONSULTA Y PREPARACIÓN DEL
INFORME NACIONAL SOBRE EL SEGUIMIENTO DE
LA APLICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE
COMPROMISO SOBRE EL VIH/SIDA.**

PROCESO DE CONSULTA Y PREPARACIÓN DEL INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA VIGILANCIA DEL SEGUIMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH/SIDA.

1) ¿Qué instituciones o entidades tenían la responsabilidad de rellenar los formularios de los indicadores?

| | | |
|------------------------------|-----------|-----------|
| a) CNS o equivalente | Sí | No |
| b) PNS | Sí | No |
| c) Otras (especificar) _____ | Sí | No |

2) Con aportaciones de Ministerios

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Educación | Sí | No |
| Salud | Sí | No |
| Trabajo | Sí | No |
| Relaciones exteriores | Sí | No |
| Otros (especificar) SENAME, INJUV, DOS, Gendarmería, CONACE y Superintendencia de Salud. | Sí | No |
| Organizaciones de la sociedad civil | Sí | No |
| Personas que viven con el VIH | Sí | No |
| Sector privado | Sí | No |
| Organizaciones de las Naciones Unidas | Sí | No |
| Organizaciones bilaterales | Sí | No |
| ONG internacionales | Sí | No |
| Otras (especificar) _____ | Sí | No |

3) ¿Se debatió el informe en un gran foro?

| | |
|----|-----------|
| Sí | No |
|----|-----------|

Se trabajó en conjunto, pero la jornada final debió suspenderse debido al terremoto.

4) ¿Se almacenan centralmente los resultados de la encuesta?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

5) ¿Están disponibles los datos para la consulta pública?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

6) ¿Quién es el responsable de la presentación del informe y del seguimiento en caso de que haya preguntas sobre el Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS?

| | |
|---------------|---|
| Nombre/ Cargo | Aníbal Hurtado. Coordinador Ejecutivo Comisión Nacional del SIDA. |
| Fecha | 08/03/2010. |
| Firma | |

Sírvanse proporcionar información completa de contacto:

| | |
|--------------------|---------------------------------|
| Dirección | Mac Iver 541. Piso 6. Santiago. |
| Correo electrónico | ahurtado@minsal.cl |
| Teléfono | (56-02) 574 06 73. |

ANEXO 2.

MATRIZ DE GASTO INDICADOR 1.

MATRIZ DE FINANCIACIÓN NACIONAL – 2010.

País

Persona de contacto de la Autoridad/ Comité Nacional del SIDA (o equivalente)

Nombre Cargo

Información de contacto de la Autoridad/ Comité Nacional del SIDA (o equivalente)

Dirección Correo electrónico
Teléfono Fax

Período cubierto: año calendario

En caso de que el período cubierto sea un ejercicio fiscal, consigne el mes/año de inicio y cierre. De 01/01/2008 a 31/12/2008

Moneda local

Tasa de cambio promedio con respecto al dólar de los Estados Unidos de América durante el período de información abarcado

Metodología:

(Sírvanse confirmar qué metodología –Evaluación del gasto nacional relativo al SIDA, Cuentas nacionales de salud o Encuestas de flujos de recursos– proporcionó los datos para la Matriz de Financiación Nacional y ofrecer información sobre cómo y dónde se puede acceder al informe completo a partir del cual se aplicó la metodología para obtener los datos.)

Gastos no contabilizados:

(Sírvanse especificar si hubo gastos relacionados con actividades de algunas de las categorías o subcategorías de gastos relativos al SIDA que no se incluyen en la Matriz de Financiación Nacional y explicar por qué no se han incluido.)

Apoyo al presupuesto: ¿Recibe el presupuesto apoyo de alguna fuente internacional (por ej., un donante bilateral) incluida en las subcategorías central/nacional y/o subnacional correspondientes a las fuentes públicas de financiación?

Sí No

ANEXO 3.

**CUESTIONARIO DEL ÍNDICE COMPUESTO DE
POLÍTICA NACIONAL.**

ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL (ICPN)

País

| |
|--------------|
| CHILE |
|--------------|

Nombre del funcionario del Comité Nacional del Sida a cargo de la presentación del ICPN a quien pueden dirigirse dudas, si las hubiera.

Nombre

| |
|----------------|
| Aníbal Hurtado |
|----------------|

 Cargo

| |
|--|
| Coordinador Ejecutivo de la Comisión Nacional del SIDA |
|--|

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| Dirección postal | Mac Iver 541. Piso 6. Santiago. |
| Teléfono | (56-02) 574 06 73 |
| Fax | (56-02) 639 50 40 |
| Correo electrónico | ahurtado@minsal.cl |
| Fecha de presentación | 08/03/2010 |

PROCESO DE RECOPIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS DEL ICPN

| |
|---|
| <i>Describan el proceso utilizado para la recopilación y validación de los datos del ICPN:</i> |
| El proceso de llenado de este cuestionario consideró dos etapas, en una primera fase se visitó a distintas instituciones y se completaron 13 ICPN. Posteriormente, todos los participantes, a través de un trabajo grupal realizado los días 17 de diciembre de 2009 y 5 de enero de 2010, dieron origen al ICPN oficial del país. |
| <i>Describan el proceso utilizado para resolver los desacuerdos, si los hubiera, relativos a las respuestas a preguntas concretas:</i> |
| Los resultados fueron discutidos en una plenaria. No obstante, se definieron –desde el inicio del trabajo relacionado al llenado del ICPN- dos procedimientos para resolver desacuerdos: 1.- respetar los acuerdos de cada grupo (parte A y parte B) y 2.- en caso de no existir acuerdo al interior de un grupo, se consideró la votación de las instituciones participantes. |
| <i>Destaquen las cuestiones, en caso de haberlas, relacionadas con los datos finales del ICPN presentados (como la calidad de los datos, posibles interpretaciones equívocas de las preguntas o puntos similares):</i> |
| Se desea señalar la dificultad que conlleva el ICPN para realizar las evaluaciones requeridas, en tanto considera muchas escalas subjetivas y pide evaluar “esfuerzos”, concepto que no encuentra operacionalizado. En este sentido, surge la duda respecto a la comparabilidad de las opiniones de los distintos países. Además, contempla la evaluación de un momento dado, pero las necesidades varían en el tiempo, por lo que no necesariamente las notas deben ser progresivas. |

ENTREVISTADOS PARA EL ICPN

ICPN - PARTE A [para que respondan los funcionarios gubernamentales]

| Organización | Nombre/Cargo | Entrevistados para la parte A (Indicar sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado) | | | | |
|--|--|--|------|-------|------|-----|
| | | A.I | A.II | A.III | A.IV | A.V |
| CONASIDA Ministerio de Salud (MINSAL) | Aníbal Hurtado Edith Ortiz Humberto Hernández Gloria Berríos Carolina Peredo | X | X | X | X | X |
| Departamento de Epidemiología MINSAL | Maritza García | X | X | X | X | X |
| Departamento de Estudios MINSAL | Pedro Crocco | X | X | X | X | X |
| Ministerio de Educación | Karen Bascuñán | X | X | X | X | X |
| Gendarmería de Chile | María Soledad Vidal Beatriz de Gregorio | X | X | X | X | X |
| Servicio Nacional de Menores | Vania Yutronic | X | X | X | X | X |
| Instituto Nacional de la Juventud | Carola González | X | X | X | X | X |
| Departamento Economía de la Salud MINSAL | Alaín Palacios Mónica Aravena Gloria Farías | X | X | X | X | X |
| Superintendencia de Salud (mediante entrevista) | Roberto Tegtmeier | X | X | X | X | |
| Consejo Nacional de Estupefacientes (mediante entrevista) | Mariano Montenegro | X | X | X | X | |
| División de Organizaciones Sociales (mediante entrevista) | Francisco Vira | X | X | X | X | |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

ICPN - PARTE B [para que respondan las organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas]

| Organización | Nombre/Cargo | Entrevistados para la parte B (Indicar sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado) | | | |
|--|---|--|----------|----------|----------|
| | | B.I | B.II | B.III | B.IV |
| ONUSIDA | Annabella Arredondo María Eugenia Albertinazzi | X | X | X | X |
| PMA | Hugo Farías | X | X | X | X |
| UNESCO | Mary Guinn Delaney Victoria Valenzuela | X | X | X | X |
| OIM | Susana Mellado | X | X | X | X |
| Sociedad de Infectología | Carlos Beltrán | X | X | X | X |
| Universidad Católica de Chile | Luis Villarroel | X | X | X | X |
| ASOSIDA | Marco Becerra Juan Francisco Gatica Ana Pichulmán | X | X | X | X |
| VIVO POSITIVO | Vasili Deliyanis Marina Carrasco Manuel Jorquera | X | X | X | X |
| ACCIONGAY | Paolo Berendesen Bárbara Romero | X | X | X | X |
| MUMS | Fernando Muñoz | X | X | X | X |
| Fundación Savia | Luz María Yaconi | X | X | X | X |
| ICW capítulo chileno | Marcela Silva Roxana Rojas Flor Sepúlveda | | | | |
| AKI | Krishna Sotelo | X | X | X | X |
| Sindicato Amanda Jofré | Alejandra Soto | X | X | X | X |
| OPS (mediante entrevista) | Rubén Torres | X | X | X | X |
| JT VIH/SIDA UN CHILE (mediante entrevista) | Pablo Soto | X | X | X | X |
| UNFPA (mediante entrevista) | Mariela Cortes | X | X | X | X |
| UNICEF (mediante entrevista) | Gary Stahl | X | X | X | X |

CUESTIONARIO DEL ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL.

PARTE A

(a ser respondido por los funcionarios del gobierno)

L. PLAN ESTRATÉGICO.

1. ¿Ha desarrollado su país una estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

(Las estrategias multisectoriales deben incluir, por lo menos, las desarrolladas por ministerios, como las que se mencionan a continuación en el apartado 1.2.)

| | | |
|-----------|----|---------------------|
| Si | No | No corresponde(N/C) |
|-----------|----|---------------------|

Período cubierto: **1990 - 2009**

[especificar]

Si la respuesta es negativa o "no corresponde" (N/C), explique brevemente los motivos.

Existe multisectorialidad, que se expresa a partir de acuerdos y convenios bilaterales (por ejemplo, con el INJUV y Gendarmería) y, sobre todo, a nivel descentralizado, ya que en las regiones se han constituido equipos intersectoriales y participativos que desarrollan la respuesta regional integrada. En esta estrategia, distintas instituciones trabajan la temática y algunas aportan con presupuesto. No obstante, esta intersectorialidad no responde exactamente a la estrategia multisectorial impulsada desde la OMS/OPS, ya que no supone una instancia supragubernamental. Desde esta perspectiva se responde el resto de este ítem.

Si la respuesta es afirmativa, responda las preguntas 1.1 a 1.10; de lo contrario pase a la pregunta 2.

1.1. ¿Desde cuando tiene el país una estrategia multisectorial?

Número de años: **1990 – 19 años.**

[especificar]

1.2. ¿Qué sectores están incluidos en la estrategia multisectorial con un presupuesto específico para el VIH destinado a sus actividades?

| Sectores | Incluido en la estrategia | | Presupuesto asignado | |
|---|---------------------------|----|----------------------|----|
| | Sí | No | Sí | No |
| Salud | Sí | No | Sí | No |
| Educación | Sí | No | Sí | No |
| Trabajo | Sí | No | Sí | No |
| Transporte | Sí | No | Sí | No |
| Ejército/ Policía | Sí | No | Sí | No |
| Mujeres | Sí | No | Sí | No |
| Jóvenes | Sí | No | Sí | No |
| Otros* [especificar]: Justicia Gendarmería. | Sí | No | Sí | No |
| Otros* [especificar]: Just. SENAME | Sí | No | Sí | No |

* Cualesquiera de los siguientes sectores: agricultura, finanzas, recursos humanos, justicia, minería y energía, planificación, obras públicas, turismo, comercio e industria.

Si no hay un presupuesto asignado para algunos o ninguno de los sectores anteriores, explique qué financiación se utiliza para asegurar la ejecución de las actividades específicas relacionadas con el VIH de dicho sector:

En general las instituciones cuentan con presupuesto destinado a trabajar el tema del VIH/SIDA, no obstante, este presupuesto constituye parte de un ítem más general de actividades. Además, hay un fuerte componente del sector salud, a través de los Planes Regionales de Salud, dentro de los cuales se encuentra la Respuesta Regional Integrada.

1.3. La estrategia multisectorial, ¿está dirigida a las siguientes poblaciones destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados?

| | | |
|---|----|----|
| Poblaciones destinatarias | | |
| a. Mujeres y niñas | Sí | No |
| b. Jóvenes de ambos sexos | Sí | No |
| c. Consumidores de drogas inyectables | Sí | No |
| d. Hombres que tiene relaciones sexuales con hombres | Sí | No |
| e. Profesionales del sexo | Sí | No |
| f. Huérfanos y otros niños vulnerables | Sí | No |
| g. Otras subpoblaciones vulnerables específicas*: privados de libertad | Sí | No |
| Entornos | | |
| h. Lugar de trabajo | Sí | No |
| i. Escuelas | Sí | No |
| j. Prisiones | Sí | No |
| Asuntos interrelacionados | | |
| k. VIH y pobreza | Sí | No |
| l. Protección de los derechos humanos | Sí | No |
| m. Participación de las personas que viven con el VIH | Sí | No |
| n. Tratamiento del estigma y la discriminación | Sí | No |
| o. Capacidad de decisión de la mujer/ igualdad entre los sexos | Sí | No |

* Subpoblaciones, aparte de los consumidores de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los profesionales del sexo, que se han identificado localmente como poblaciones expuestas a un riesgo elevado de transmisión del VIH (tales como clientes de los profesionales del sexo, migrantes transfronterizos, trabajadores migrantes, desplazados internos, refugiados o presos).

1.4. ¿Fueron identificadas las poblaciones destinatarias a través de un proceso de evaluación de necesidades?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se efectuó dicha evaluación de necesidades?

Año: **La estrategia se orienta a la población más vulnerable del país. En algunos sectores se han realizado estudios y diagnósticos, realizados desde el año 2000.** [especificar]

Si la respuesta es negativa, explique cómo se identificaron las poblaciones destinatarias:

1.5. ¿Cuáles son las poblaciones del país a las que van destinados los programas del VIH? (especificar)

Personas viviendo con VIH/SIDA adultas y pediátricas, consultantes de ITS, hombres que tienen sexo con hombres, población transgénera, trabajadoras/es sexuales, personas privadas de libertad, mujeres, jóvenes, niños/as y adolescentes afectados/as por el VIH/SIDA, niños/as y adolescentes del mundo escolar, y población en general.

1.6. ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Existe un plan del programa nacional que incluye multisectorialidad y otras instituciones tienen planes específicos para trabajar intersectorialmente el VIH. Además, cada región tiene su plan operativo.

1.7. ¿Incluye la estrategia multisectorial o el plan operativo:

| | | |
|---|----|----|
| a. objetivos formales del programa? | Sí | No |
| b. metas o hitos claros? | Sí | No |
| c. un desglose de los costos de cada área programática? | Sí | No |
| d. una indicación de las fuentes de financiación del apoyo a la ejecución del programa? | Sí | No |
| e. un marco de vigilancia y evaluación? | Sí | No |

1.8. ¿Ha asegurado el país la “integración y participación plenas” de la sociedad civil* en el desarrollo de la estrategia multisectorial?

* La sociedad civil incluye, entre otras, las redes de personas que viven con el VIH; las organizaciones de mujeres, de jóvenes, religiosas, de servicios relacionados con el sida, de base comunitaria, de grupos de afectados clave (incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo, los consumidores de drogas inyectables, los migrantes, los refugiados/poblaciones desplazadas y los presos); las organizaciones sindicales, de derechos humanos; etc. A efectos del ICPN, el sector privado se considera por separado.

| | | |
|----------------------|------------------------|--------------------|
| Participación activa | Participación moderada | Participación nula |
|----------------------|------------------------|--------------------|

Si la participación es activa, explique brevemente cómo se organizó:

Si la participación es NULA o MODERADA, explique brevemente por qué:

Si bien existe participación a través del Comité País y en la Respuesta Regional Integrada, la participación se ha visto disminuida a partir de la suspensión de iniciativas cogestionadas y otras que se realizaban conjuntamente.

1.9. ¿Han respaldado la mayor parte de los asociados para el desarrollo externos (bilaterales y multilaterales) la estrategia multisectorial?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

1.10. ¿Han ajustado y armonizado los asociados externos para el desarrollo sus programas relacionados con el VIH con la estrategia nacional multisectorial?

| | | |
|-------------------------|-----------------------|----|
| Si, todos los asociados | Si, algunos asociados | No |
|-------------------------|-----------------------|----|

Si lo han hecho ALGUNOS o NINGUNO, explique brevemente en qué áreas no hay ajuste/armonización y por qué:

La respuesta se refiere al Grupo Temático de ONUSIDA (GTO). Con algunas agencias no existe trabajo en directo, como por ejemplo, la OIT.

2. ¿Ha integrado el país el VIH en sus planes de desarrollo general, tales como: (a) el plan de desarrollo nacional, (b) la evaluación nacional común / el Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo, (c) la Estrategia para la reducción de la pobreza, y (d) el enfoque multisectorial?

| | | |
|----|----|-----|
| Si | No | N/C |
|----|----|-----|

2.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿en qué plan(es) de desarrollo específico(s) está integrado el apoyo al VIH?

| | | | |
|--|----|----|-----|
| a. Plan de desarrollo nacional (OS-ODM) | Sí | No | N/C |
| b. Evaluación nacional común / Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo | Sí | No | N/C |
| c. Estrategia para la reducción de la pobreza (UNITAIDS) | Sí | No | N/C |
| d. Enfoque multisectorial | Sí | No | N/C |
| e. Otros: <i>[especificar]</i> . Garantías Explícitas de Salud. Chile Crece Contigo. | Sí | No | N/C |

2.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuáles de las siguientes áreas específicas relacionadas con el VIH están incluidas en uno o más de los planes de desarrollo?

| Área relacionada con el VIH incluida en el/los plan/es de desarrollo | | |
|---|----|----|
| Prevención del VIH | Sí | No |
| Tratamiento de las infecciones oportunistas | Sí | No |
| Terapia antirretrovírica | Sí | No |
| Atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes) | Sí | No |
| Alivio al impacto del VIH (Políticas sociales no exclusivas para el VIH) | Sí | No |
| Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyos relativos al VIH (Focalización de los programas preventivos-HSH) | Sí | No |
| Reducción de las desigualdades de ingreso que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH | Sí | No |
| Reducción del estigma y la discriminación | Sí | No |
| Mayor poder económico de las mujeres (por ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación) | Sí | No |
| Otros: <i>[especificar]</i> | Sí | No |

3. ¿Ha evaluado el país el impacto del VIH en el desarrollo socioeconómico a efectos de planificación?

| | | |
|----|----|-----|
| Si | No | N/C |
|----|----|-----|

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

3.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿en qué grado ha incidido en las decisiones de asignación de recursos?

| | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|------|
| Bajo | | | | | | Alto |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

4. ¿Cuenta el país con una estrategia para abordar los problemas del VIH entre sus cuerpos uniformados nacionales (incluidas las fuerzas armadas, de policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario, etc.)?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

4.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuáles de los siguientes programas se han puesto en marcha más allá de la fase piloto para llegar a una proporción significativa de uno o más cuerpos uniformados?

| | | |
|--|----|----|
| Comunicación de cambio de comportamientos | Sí | No |
| Suministro de preservativos | Sí | No |
| Asesoramiento y pruebas del VIH | Sí | No |
| Servicios de infecciones de transmisión sexual | Sí | No |
| Tratamiento antirretrovírico | Sí | No |
| Atención y apoyo | Sí | No |
| Otros: [especificar] | Sí | No |

Si se proporcionan asesoramiento y pruebas del VIH a los servicios uniformados, describa brevemente el enfoque que se ha adoptado a ese respecto (p. ej., indique si la prueba del VIH es voluntaria u obligatoria, etc.)

5. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones que protejan específicamente de la discriminación a las poblaciones más expuestas u otras subpoblaciones vulnerables?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

5.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿a qué poblaciones?

| | | |
|---|----|----|
| a. Mujeres | Sí | No |
| b. Jóvenes | Sí | No |
| c. Consumidores de drogas inyectables | Sí | No |
| d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | Sí | No |
| e. Profesionales del sexo | Sí | No |
| f. Internos en prisiones | Sí | No |
| g. Migrantes/poblaciones móviles | Sí | No |
| h. Otros: [especificar] | Sí | No |

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

Comente brevemente en qué medida están aplicándose en la actualidad dichas leyes:

6. ¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan un obstáculo para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH en las subpoblaciones vulnerables?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

6.1. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿para qué subpoblaciones?

| | | |
|---|-----------|-----------|
| a. Mujeres | Sí | No |
| b. Jóvenes | Sí | No |
| c. Consumidores de drogas inyectables | Sí | No |
| d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | Sí | No |
| e. Profesionales del sexo | Sí | No |
| f. Internos en prisiones | Sí | No |
| g. Migrantes/poblaciones móviles | Sí | No |
| h. Otros: <i>[especificar]: niños/as vulnerables y explotados sexualmente</i> | Sí | No |

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el contenido de las leyes, los reglamentos o las políticas:

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

La Ley 20.418 sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, indica que en aquellos casos en que la anticoncepción de emergencia sea solicitada por una persona menor de 14 años, el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale. Ello, a nuestro juicio podría obstaculizar las acciones preventivas por temor a que su situación sea conocida por esos mayores.

7. ¿Ha realizado el país el seguimiento de los compromisos adquiridos con el fin de alcanzar el acceso universal y adoptados durante la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/Sida de junio de 2008?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

7.1. ¿Se han revisado la estrategia nacional y el presupuesto nacional para el VIH en consecuencia?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

7.2. ¿Se han actualizado las estimaciones del tamaño de los principales subgrupos de población destinataria?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

7.3. ¿Hay estimaciones fiables de las necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica?

| | | |
|---|--|----|
| Estimaciones y necesidades previstas | Sólo estimaciones de necesidades futuras | No |
|---|--|----|

7.4. ¿Se vigila la cobertura del programa del VIH?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

(a) **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se vigila la cobertura por sexo (varones, mujeres)?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

(b) **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se vigila la cobertura por grupos de población?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué grupos de población?

Se considera a personas viviendo con VIH/SIDA adultas y pediátricas, hombres que tienen sexo con hombres, población transgénera, trabajadoras/es sexuales, personas privadas de libertad, mujeres, jóvenes, niños/as y adolescentes afectados/as por el VIH/SIDA, niños/as y adolescentes del mundo escolar.

Explique brevemente qué uso se le da a esta información:

La información se utiliza para planificar estrategias y evaluarlas.

(c) ¿Se vigila la cobertura por zona geográfica?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué niveles geográficos (provincial, de distrito, otros)?

Regional.

Explique brevemente qué uso se le da a esta información:

La información se utiliza para planificar estrategias y evaluarlas, así como para generar los planes regionales en la temática del VIH/SIDA.

7.5. ¿Ha desarrollado el país un plan para fortalecer los sistemas de salud, incluidos la infraestructura, los recursos humanos y las capacidades, y los sistemas logísticos de suministro de fármacos?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

En general, ¿cómo calificaría los *esfuerzos de planificación estratégica* de los programas relacionados con el VIH en 2009?

2009 Muy deficientes Excelentes

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|----|

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Se han realizado avances en el ámbito de la investigación: Estudio de prevalencia de VIH en HSH e inclusión del tema del VIH/SIDA en otros estudios del Ministerio de Salud. Se ha reforzado la capacitación de profesionales para la atención de consejería, la capacitación de profesionales de atención del VIH e ITS, se ha mantenido el GES y otras estrategias.

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

Se ha registrado un retroceso en diversas áreas: estudios de cuentas nacionales y otras investigaciones, trabajo intersectorial, trabajo participativo con la sociedad civil, disminución de recursos en la Respuesta Regional Integrada de Prevención y problemas de gestión.

II. APOYO POLÍTICO.

El apoyo político incluye al gobierno y los líderes políticos que hablan abierta y frecuentemente sobre el sida y presiden habitualmente reuniones importantes sobre el sida, la asignación de presupuestos nacionales para el apoyo de programas del VIH, y el empleo eficaz de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil para el apoyo de programas del VIH.

1. ¿Los altos cargos hablan en público a favor de los esfuerzos relacionados con el VIH en los grandes foros locales por lo menos dos veces por año?

Presidente/ jefe de gobierno

Otros altos cargos

Otros funcionarios regionales y/o de distrito

| | |
|----|----|
| Sí | No |
| Sí | No |
| Sí | No |

2. ¿Dispone el país de un órgano de gestión/coordinación multisectorial nacional del VIH reconocido oficialmente (Consejo Nacional del Sida o equivalente)?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es negativa, por qué y de qué forma se están gestionando los programas del sida:

A partir de la Comisión Nacional del SIDA, radicada en el Ministerio de Salud, que es un ente gubernamental encargado de desarrollar las estrategias nacionales vinculadas al VIH/SIDA.

2.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuándo se creo?

Año: [especificar]

2.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿quién es el presidente?

Nombre: Cargo/ función: [especificar]

2.3. **Si la respuesta es afirmativa**, el órgano de coordinación multisectorial nacional del sida:

| | | |
|---|----|----|
| ¿tiene atribuciones? | Sí | No |
| ¿tiene liderazgo y participación activos del gobierno? | Sí | No |
| ¿tiene una composición definida? Si la respuesta es afirmativa , ¿cuántos miembros lo componen? [especificar] | Sí | No |
| ¿incluye a representantes de la sociedad civil? Si la respuesta es afirmativa , ¿cuántos representantes? [especificar] | Sí | No |
| ¿Incluye a personas que viven con el VIH? Si la respuesta es afirmativa , ¿cuántas personas con el VIH? [especificar] | Sí | No |
| ¿Incluye al sector privado? | Sí | No |
| ¿tiene un plan de acción? | Sí | No |
| ¿tiene una Secretaría en funcionamiento? | Sí | No |
| ¿se reúne al menos una vez al trimestre? | Sí | No |
| ¿revisa las medidas sobre las decisiones políticas de forma habitual? | Sí | No |
| ¿promueve activamente decisiones políticas? | Sí | No |
| ¿concede la oportunidad a la sociedad civil de influir en la toma de decisiones? | Sí | No |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| | | |
|---|----|----|
| ¿fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes? | Sí | No |
|---|----|----|

3. ¿Cuenta el país con un mecanismo que promueva la interacción entre el gobierno, la sociedad civil y el sector privado para ejecutar programas y estrategias relativos al VIH?

| | | |
|----|----|-----|
| Sí | No | N/C |
|----|----|-----|

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los principales logros:

Los logros han sido escasos, vinculándose a la **mantención de las Respuestas Regionales Integradas. Además, se considera la participación del sector privado en el Plan de 90 Días en la implementación del sistema de registro nacional.**

Describa brevemente los principales problemas:

Se ha registrado un retroceso del trabajo participativo en diversas áreas y por diversas razones: suspensión del proyecto Fondo Mundial, no hubo acogida a la invitación a integrantes de las organizaciones para integrar la mesa de coordinación de la campaña. Ha sido difícil reconstruir el trabajo post crisis.

4. ¿Qué porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH se dedicó a actividades llevadas a cabo por la sociedad civil durante el año pasado?

Porcentaje: **En este momento no se cuenta con información al respecto. Se [especificar] contempla esperar a MEGAS.**

5. ¿Qué tipo de apoyo ofrece la Comisión Nacional del Sida (o equivalente) a las organizaciones de la sociedad civil para la ejecución de actividades relacionadas con el VIH?

| | | |
|--|----|----|
| Información sobre las necesidades prioritarias | Sí | No |
| Orientación técnica | Sí | No |
| Adquisición y distribución de fármacos y otros suministros | Sí | No |
| Coordinación con otros asociados de ejecución | Sí | No |
| Desarrollo de las capacidades | Sí | No |
| Otros: condones y folletería [especificar] | Sí | No |

6. ¿Ha revisado el país las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas de control nacional del sida?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

6.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se han enmendado las políticas y la legislación para que sean coherentes con las políticas nacionales de control del sida?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

Si la respuesta es afirmativa, enumere las políticas/leyes y describa cómo se enmendaron:

Se identificaron las incoherencias y se están definiendo los cambios necesarios, pero estos no se han realizado aún.

Enumere y describa las incoherencias que persisten entre las políticas/legislación y las políticas de control nacional del sida:

| En general, ¿cómo calificaría el <i>apoyo político</i> al programa del VIH en 2009? | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| 2009 Muy deficiente | | | | | | | | | | Excelente |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <p>El apoyo político se manifiesta en el enfrentamiento de las crisis registradas en el país, lo que permitió mantener el programa nacional, reestructurándolo y cambiando su enfoque hacia un mejoramiento de los sistemas de vigilancia y procesos de atención. Hay también mayor asignación de presupuesto fiscal al a la compra de TARV.</p> | | | | | | | | | | |
| <i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <p>Se observa una discontinuidad de algunas estrategias desarrolladas anteriormente, debido a las nuevas prioridades definidas por el programa. Esto genera una disminución de las líneas dirigidas a la prevención y al trabajo con la sociedad civil.</p> | | | | | | | | | | |

III. PREVENCIÓN.

1. ¿Tiene establecida el país una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH entre la *población general*?

| | | |
|----|----|-----|
| Sí | No | N/C |
|----|----|-----|

1.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?

Marcar los mensajes clave promovidos explícitamente

| | |
|---|----------------------|
| a. Abstinencia sexual | X |
| b. Aplazamiento del inicio de la actividad sexual | |
| c. Fidelidad | X |
| d. Reducción del número de parejas sexuales | |
| e. Uso sistemático del preservativo | X |
| f. Práctica de relaciones sexuales seguras | X |
| g. Evitar las relaciones sexuales remuneradas | |
| h. Abstenerse del consumo de drogas inyectables | |
| i. Uso de equipo de inyección estéril | |
| j. Combatir la violencia contra las mujeres | |
| k. Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH | X |
| l. Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva | |
| m. Circuncisión masculina bajo supervisión médica | |
| n. Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH | X |
| o. Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (folletería y afiches) | X |
| Otros: | <i>[especificar]</i> |

1.2. ¿Ha efectuado el país una actividad o ejecutado un programa durante el último año para promover una información correcta sobre el VIH en los medios de comunicación?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

2. ¿Tiene el país una política o estrategia establecidas para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

2.1 ¿Forma parte el VIH del plan de estudios de

- las escuelas primarias?
- las escuelas secundarias?
- la formación de maestros?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
| Sí | No |
| Sí | No |

2.2. ¿Proporciona la estrategia/ plan de estudios la misma educación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de ambos sexos?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

2.3. ¿Tiene el país una estrategia de educación sobre el VIH para los jóvenes no escolarizados?

Sí No

3. ¿Tiene el país una política o estrategia para promover la información, educación y comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para las subpoblaciones más expuestas u otras subpoblaciones vulnerables?

Sí No

Si la respuesta es negativa, explíquelo brevemente:

3.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿qué subpoblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política/ estrategia?

Marque las poblaciones y elementos específicos incluidos en la política/estrategia.

| | CDI* | HSH** | Profesionales del sexo | Clientes de los profesionales del sexo | Población reclusa | Otras subpoblaciones [especificar]: JÓVENES |
|---|------|-------|------------------------|--|-------------------|---|
| Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH | NO | SI | SI | NO | SI | SI |
| Reducción del estigma y la discriminación | NO | SI | SI | NO | SI | NO |
| Promoción del preservativo | NO | SI | SI | NO | SI | SI |
| Asesoramiento y pruebas del VIH | NO | SI | SI | NO | SI | SI |
| Salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual | NO | SI | SI | NO | SI | SI |
| Reducción de la vulnerabilidad (por ej., generación de ingresos) | N/C | N/C | NO | N/C | N/C | NO |
| Terapia de sustitución de drogas | NO | N/C | N/C | N/C | N/C | NO |
| Intercambio de jeringas y agujas | NO | N/C | N/C | N/C | N/C | NO |

* CDI = consumidores de drogas inyectables.

** HSH = hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

| En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2009? | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|
| 2009 Muy deficientes | | | | | | | | | | Excelentes |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Como principal logro se encuentra la destinación de un recurso humano específico al trabajo en VIH en todas las Autoridades Sanitarias de las regiones del país. • Mantención de las campañas de comunicación social. • Mantención del suministro de condones y su focalización. • Formación de consejeros/as. | | | | | | | | | | |
| <i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <p>Si bien existen lineamientos nacionales, se ha potenciado la autonomía en las decisiones regionales en el ámbito de la salud (Autoridades Sanitarias Regionales), lo que constituye un avance en materia de descentralización, no obstante, puede disminuir la priorización de las estrategias dirigidas a la prevención de VIH, de acuerdo a las necesidades de cada región.</p> <p>Después del fin del proyecto Fondo Global en Chile se disminuyeron los recursos destinados a nivel nacional para la realización de acciones locales (como las campañas regionales) y no se ha logrado incentivar la generación de recursos locales para la mantención de estas estrategias.</p> | | | | | | | | | | |

4. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

| |
|--|
| <i>Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • A través del monitoreo y evaluación del programa nacional y las Respuestas Regionales Integradas. • Diagnósticos regionales para la elaboración de los planes de salud regionales. • Mediante estudios realizados que abordan temáticas de sexualidad y VIH. • Análisis de la información epidemiológica. |

| |
|--|
| <i>Si la respuesta es negativa, ¿cómo están ampliándose los programas de prevención del VIH?</i> |
|--|

4.1. ¿En qué grado se ha aplicado la prevención del VIH?

| Componente de prevención del VIH | La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso | | |
|--|--|---------------|-----|
| Seguridad hematológica | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Precauciones universales en entornos de atención sanitaria | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Prevención en la transmisión maternoinfantil del VIH | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| IEC* sobre reducción del riesgo | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| IEC* sobre reducción del estigma y discriminación | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Promoción del preservativo | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Asesoramiento y pruebas del VIH | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|------------|
| Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Reducción del riesgo para los hombres que tiene relaciones sexuales con hombres | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Reducción del riesgo para los profesionales del sexo | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Educación escolar sobre el sida para jóvenes | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Programas para jóvenes no escolarizados | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Prevención del VIH en el lugar de trabajo | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Otros | <i>[especificar]</i> | En desacuerdo | N/C |

* IEC= Información, educación, comunicación

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|------------|
| En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH en 2009? | | | | | | | | | | |
| 2009 Muy deficientes | | | | | | | | | | Excelentes |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • La continuidad de algunas estrategias preventivas como las campañas comunicacionales, en el período evaluado se realizaron 2 campañas: la primera destinada a promover el servicio de consejería y la segunda destinada a promover la realización del examen VIH, la difusión de los servicios disponibles para las PVVIH y la promoción de las estrategias de prevención de la transmisión sexual • La continuidad en el suministro de preservativos • La actualización de los modelos de consejería, así como el desarrollo de un proceso de formación de consejeros/as con el objetivo de aumentar la cobertura en materia de asesoramiento. | | | | | | | | | | |
| <i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <p>Si bien se han mantenido una serie de estrategias preventivas, se constata la necesidad de aumentar la cobertura de las mismas, para que la mayoría de quienes lo requieren puedan acceder a acciones de este tipo, como es el caso de la promoción del preservativo y el acceso a las pruebas de VIH, donde además de la disponibilidad de los servicios el acceso depende de otros factores, como la aceptabilidad de los mismos. Específicamente resulta necesario aumentar la cobertura en las poblaciones más vulnerables.</p> <p>Además, se produjo un redireccionamiento del programa que privilegió otras áreas, como la asistencial, frente a la prevención del VIH.</p> <p>Por otra parte, resulta necesario potenciar el trabajo intersectorial y participativo en el desarrollo de las estrategias de prevención.</p> | | | | | | | | | | |

IV. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO.

1. ¿Tiene establecida el país una política o estrategia para promover el tratamiento, atención y apoyo integrales relacionados con el VIH? (La atención integral incluye el tratamiento, asesoramiento y pruebas del VIH, la atención psicosocial, y la atención domiciliaria y de base comunitaria, si bien no está limitada a estos aspectos).

Sí No

1.1. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se abordan los obstáculos que afectan a las mujeres?

Sí No

1.2. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se abordan los obstáculos que afectan a las poblaciones más expuestas?

Sí No

2. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron?

- **A través de estudios como el de la Cohorte de PVVIH, de satisfacción usuaria de las PVVIH.**
- **Mediante la vinculación con organizaciones de PVVIH.**
- **Mediante la vinculación y coordinación con los equipos de atención.**
- **A través del estudio de brechas de RRHH, monitoreo del Modelo de Atención.**

Si la respuesta es negativa, ¿cómo están ampliándose los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH?

2.1. ¿En qué grado están ejecutándose los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH?

| Servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH | La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso | | |
|--|--|----------------------|------------|
| | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Terapia antirretrovírica | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Atención nutricional | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Tratamiento pediátrico del SIDA | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Atención domiciliaria | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH: sólo infecciones oportunistas no cuidados paliativos. | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| | | | |
|---|-------------------|----------------------|------------|
| Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Profilaxis en cotrimoxazol en personas infectadas con el VIH. | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Profilaxis posterior a la exposición (por ej., exposición ocupacional al VIH, violación) | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos) | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Otros programas: <i>[especificar]</i> | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |

3. ¿Dispone el país de una política para el desarrollo/ uso de medicamentos genéricos o para la importación paralela de medicamentos para el VIH?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

4. ¿Tiene el país mecanismos de gestión regional para la adquisición y suministro de productos esenciales, como fármacos antirretrovíricos, preservativos y drogas de sustitución?

| | |
|----|-----------|
| Sí | No |
|----|-----------|

Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué productos?:

[especificar]

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|----------|---|------------|
| En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos <i>dedicados a la ejecución de programas de tratamiento, atención y apoyo en 2009?</i> | | | | | | | | | | |
| 2009 Muy deficientes | | | | | | | | | | Excelentes |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <p><i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto del uso de TARV en la sobrevida de las PVVIH y en la disminución de las enfermedades oportunistas. • Disminución de la transmisión vertical. • Elaboración de un manual de procedimientos para la detección, diagnóstico y derivación oportuna y de un Sistema de Registro Informatizado que cautele la comunicación oportuna de los resultados del examen VIH a los usuarios. • Actualización de la Guía Clínica para la Atención. • Incorporación de nuevos ARV. • 16 pasantías para atención de adultos y niños. • Asistencia de 30 profesionales de salud al Curso de Formación en SIDA de la Universidad de Chile. <p><i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover el diagnóstico y tratamiento oportuno a partir de una detección precoz. • Inicio de terapia en etapas más tempranas de la infección. • Gestión descentralizada de decisiones terapéuticas. • Aumentar la dotación de recursos humanos en los centros de atención. | | | | | | | | | | |

5. ¿Tiene el país una política o estrategia para hacer frente a las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?

| | | |
|----|-----------|-----|
| Si | No | N/C |
|----|-----------|-----|

5.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿hay en el país alguna definición operativa para “huérfano” y “niño vulnerable”?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

5.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

5.3. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿tiene el país una estimación del número de huérfanos y otros niños vulnerables al que han llegado las intervenciones existentes?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de huérfanos y otros niños vulnerables se llega? %
[especificar]

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos dedicados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2009?

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|--|
| 2009 Muy deficientes | | | | | | | | | | | Excelentes | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Publicación orientaciones para el apoyo de niños y adolescentes VVIH.

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

Mejorar la atención focalizada y el apoyo psicosocial dirigido a niños vulnerables con infecciones de transmisión sexual.

V. VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.

1. ¿Tiene establecido el país un plan nacional de vigilancia y evaluación (V+E)?

| | | |
|----|----------------|----|
| Si | En preparación | No |
|----|----------------|----|

Si la respuesta es negativa, describa brevemente los problemas:

1.1. *Si la respuesta es afirmativa*, años cubiertos: **1984 – 2009 notificaciones y 1990 – 2009 fallecidos (se refiere al sistema de vigilancia epidemiológica).**

1.2. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿el plan ha contado con el respaldo de los asociados clave de vigilancia y evaluación?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

1.3. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se elaboró el plan de vigilancia y evaluación en consulta con la sociedad civil y las personas que viven con el VIH?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

1.4. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿disponen los asociados clave de requisitos sobre vigilancia y evaluación (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de vigilancia y evaluación?

| | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----|
| Si, todos los asociados | Si, la mayor parte de los asociados | Si, pero solo algunos asociados | No |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----|

Si la respuesta es Sí, pero sólo algunos de los asociados, o No, describa brevemente cuáles son los problemas:

2. ¿Incluye el plan de evaluación y vigilancia lo siguiente?

| | | |
|---|----|----|
| Una estrategia para la recopilación y análisis de datos | Sí | No |
| Si la respuesta es afirmativa , ¿comprende ésta: | | |
| Una vigilancia sistemática del programa? | Sí | No |
| Encuestas comportamentales? | Sí | No |
| Vigilancia del VIH? | Sí | No |
| Evaluación/ estudios de investigación? | Sí | No |
| Un grupo bien definido y normalizado de indicadores? | Sí | No |
| Directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos? (Sistema de VE) | Sí | No |
| Una estrategia para evaluar la calidad de los datos (validez, fiabilidad)? (Sistema de VE) | Sí | No |
| Una estrategia de divulgación y uso de los datos? (Sistema de VE) | Sí | No |

3. ¿Existe un presupuesto para el plan de vigilancia y evaluación?

| | | |
|----|----------------|----|
| Si | En preparación | No |
|----|----------------|----|

3.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿qué porcentaje de la financiación total del programa del VIH se ha destinado a actividades de evaluación y vigilancia en el presupuesto? **SI** %
[especificar]

3.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se ha conseguido la financiación completa?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es negativa, describa brevemente los problemas:

No se han conseguido recursos para financiar el desarrollo de estudios comportamentales.

3.3. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿está realizándose un seguimiento de los gastos en vigilancia y evaluación?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

4. Las prioridades de vigilancia y evaluación, ¿se han determinado a través de la evaluación del sistema nacional de vigilancia y evaluación?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente con qué frecuencia se lleva a cabo una evaluación nacional de la vigilancia y evaluación y en qué consiste:

Existe una evaluación y una programación anual del sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

Si la respuesta es negativa, describa brevemente cómo se determinan las prioridades de vigilancia y evaluación:

5. ¿Existe una unidad funcional nacional de vigilancia y evaluación?

| | | |
|----|----------------|----|
| Si | En preparación | No |
|----|----------------|----|

Si la respuesta es negativa, ¿cuáles son los principales obstáculos para establecer una unidad funcional de vigilancia y evaluación?

5.1. **Si la respuesta es afirmativa**, la unidad nacional de vigilancia y evaluación

| | | |
|--|----|----|
| ¿está ubicado en el CNS (o equivalente)? | Sí | No |
| ¿en el Ministerio de Salud? | Sí | No |
| ¿en otra parte? [especificar] | Sí | No |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

5.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuántos y qué tipo de profesionales permanentes o temporales trabajan en la unidad nacional de vigilancia y evaluación?

| | | |
|---|---|---|
| Número de empleados permanentes: | | |
| Cargo: Encargada de VIH/SIDA de la Unidad de Vigilancia del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. | ¿Jornada completa/ media jornada? Jornada completa. | ¿Desde cuándo? Año 2005. Antes esta función estaba inserta en el Programa Nacional. |
| Cargo: El Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) se encarga de mantener las bases que son pobladas on line. | ¿Jornada completa/ media jornada? Jornada completa. | Digitación on line desde el año 2007. |
| Cargo: Encargados/as de los Departamentos de Vigilancia de las Autoridades Sanitarias Regionales, que recolectan la información a nivel local. | ¿Jornada completa/ media jornada? Jornada completa. | Año 2005. |
| Número de empleados temporales: No existen. | | |
| Nota: además de estos cargos, existe una red de vigilancia epidemiológica estructurada en niveles desde los que se genera la información en la red asistencial, las Autoridades Sanitarias Regionales que notifican on line y envían los datos al nivel central donde se realiza la consolidación y análisis de los datos. | | |

5.3. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se dispone de mecanismos para asegurar que todos los asociados importantes para la ejecución presenten sus informes/datos a la unidad de vigilancia y evaluación para incluirlos en el sistema nacional de vigilancia y evaluación?

| | |
|-----------|-----------|
| Sí | No |
|-----------|-----------|

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los mecanismos que se emplean para compartir datos:

- **El mecanismo funciona a través de un sistema on line, en el que las Autoridades Sanitarias Regionales digitan los datos que les envían los/as encargados/as de las redes de salud.**
- **Además, el Instituto de Salud Pública (ISP) envía mensualmente las bases de datos con los casos confirmados.**
- **Se realiza un monitoreo semanal de bases de datos.**
- **Los datos son publicados en el Boletín Epidemiológico de la página Web del Ministerio de Salud.**

¿Cuáles son las principales dificultades?

Dificultades de llenado de las fichas on line desde las unidades encargadas de digitar la información en las regiones.

6. ¿Existe un Grupo o Comité de Trabajo de Vigilancia y Evaluación que se reúna periódicamente para coordinar las actividades de vigilancia y evaluación?

| | | |
|----|-------------------------------------|------------------------------------|
| No | Si, pero no se reúne periódicamente | Si, se reúne periódicamente |
|----|-------------------------------------|------------------------------------|

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

6.1. ¿Tiene representación de la sociedad civil?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente quiénes son los representantes de la sociedad civil y cuál es su papel:

7. ¿Existe una base de datos nacional central de información relacionada con el VIH?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

7.1. **Si la respuesta es afirmativa**, describa brevemente la base de datos nacional y quién la gestiona: [especificar]

- **El Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) mantiene la base.**
- **El Departamento de Epidemiología del MINSAL analiza los datos.**
- **La CONASIDA tiene, además, una base de las personas en terapia.**

7.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿incluye información sobre el contenido, las poblaciones destinatarias y la cobertura geográfica de los servicios relacionados con el VIH, así como sobre las organizaciones ejecutoras?

- a. Sí, sobre todo lo anterior
- b. Sí, pero sólo sobre algunas de las cosas**
- c. No, ninguna de las anteriores

7.3. ¿Existe un sistema de información de salud funcional*?

| | | |
|--|----|----|
| En el nivel nacional | Sí | No |
| En el nivel subnacional | Sí | No |
| Si la respuesta es afirmativa , ¿en qué nivel(es)? A nivel regional. | | |

* Los datos recibidos periódicamente de los establecimientos de salud se agrupan a nivel de distrito y se envían al nivel nacional. Los datos se analizan y usan a distintos niveles.

8. ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de vigilancia y evaluación sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

9. ¿En qué grado se utilizan los datos de vigilancia y evaluación

9.1. para el desarrollo / la revisión de la estrategia nacional contra el sida?:

| | | | | | | |
|------|---|---|---|---|----------|------|
| Bajo | | | | | | Alto |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Proporcione un ejemplo específico:
Definición de la focalización y priorización de las estrategias de prevención en los Planes Regionales de salud.
 ¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?
Problemas de subnotificación y de oportunidad de la notificación, sobre todo en el sector privado.

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

9.2. para la asignación de recursos?:



Proporcione un ejemplo específico:

Para solicitar los recursos del Programa Nacional al Ministerio de Hacienda y definir la priorización de los recursos.

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

Los recursos asignados no son suficientes para implementar las acciones definidas.

9.3. para mejorar los programas?:



Proporcione un ejemplo específico:

Definición de la focalización y priorización de las estrategias de prevención en los Planes Regionales de salud.

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

- **Problemas en la oportunidad de la información.**
- **Subutilización de la información a nivel regional.**

10. ¿Existe un plan para aumentar la capacidad humana en el ámbito de la vigilancia y evaluación a nivel nacional, subnacional y de prestación de servicios?

a. Sí, a todos los niveles

b. Sí, pero sólo a algunos niveles: En el ámbito subnacional, entre las directrices entregadas a las Autoridades Sanitarias Regionales para el año 2010 está la necesidad de priorizar las capacidades profesionales para profundizar el análisis de la información de vigilancia.

c. No

10.1. ¿Se impartió en el último año capacitación en vigilancia y evaluación

| | | |
|--|-----------|----------------------|
| A nivel nacional? | Sí | No |
| Si la respuesta es afirmativa. Número de personas capacitadas: 120 | | <i>[especificar]</i> |
| A nivel subnacional? | Sí | No |
| Si la respuesta es afirmativa. Número de personas capacitadas: | | <i>[especificar]</i> |
| a nivel de prestación de servicios, incluida la sociedad civil? | Sí | No |
| Si la respuesta es afirmativa. Número de personas capacitadas: | | <i>[especificar]</i> |

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

10.2. ¿Se llevaron a cabo otras actividades de desarrollo de capacidades en vigilancia y evaluación aparte de la capacitación?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, describa qué tipo de actividades: *[especificar]*

- **Revisión y profundización de la definición de los procesos de vigilancia epidemiológica.**
- **Incorporación de esta área temática en el manual de procedimientos para el diagnóstico del VIH, en donde se profundiza en los roles y funciones de todos los profesionales e instancias que intervienen en el proceso de vigilancia.**
- **Diseño de un sistema informatizado para el diagnóstico de la infección de VIH que incorpora el proceso de vigilancia epidemiológica.**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|----|
| En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH en 2009 | | | | | | | | | | |
| 2009 Muy deficientes | | | | | | | | | Excelentes | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <p>Profundización y consolidación de los procesos y del sistema de vigilancia, a través de su inclusión en el manual de procedimientos para el diagnóstico del VIH y de un sistema informatizado para el diagnóstico de la infección de VIH.</p> | | | | | | | | | | |
| <i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la notificación epidemiológica de casos diagnosticados. • Mejorar la oportunidad de la información. • Incrementar la instalación de capacidades analíticas de la información a nivel regional. | | | | | | | | | | |

CUESTIONARIO DEL ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL.

PARTE B

(a ser respondido por los representantes de las organizaciones no gubernamentales, los organismos bilaterales y las organizaciones de las Naciones Unidas)

I. DERECHOS HUMANOS

1. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan de la discriminación a las personas que viven con el VIH? (P. ej., disposiciones generales contra la discriminación o disposiciones que mencionen específicamente el VIH, centradas en la escolarización, vivienda, empleo, atención de salud, etc.)

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

1.1. **Si la respuesta es afirmativa**, especifique si se menciona concretamente el VIH y de qué manera, o si se trata de una disposición general contra la discriminación: *[especificar]*

- **Ley 19.779 (2001), Ley Relativa al Virus de Inmunodeficiencia Humana.**
- **Reglamento del Examen para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (2007).**
- **Decreto Supremo 362, control de ETS.**

2. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan específicamente a las poblaciones más expuestas y otras subpoblaciones vulnerables?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

2.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿a qué subpoblaciones?

| | | |
|--|----|----|
| a. Mujeres | Sí | No |
| b. Jóvenes | Sí | No |
| c. Consumidores de drogas inyectables | Sí | No |
| d. Hombres que tiene relaciones sexuales con hombres | Sí | No |
| e. Profesionales del sexo | Sí | No |
| f. Internos en prisiones | Sí | No |
| g. Migrantes/ poblaciones móviles | Sí | No |
| h. Otras: <i>[especificar]</i> | Sí | No |

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

Describa brevemente el contenido de esas leyes:

Comente brevemente en qué grado están siendo aplicadas actualmente:

3. ¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan obstáculos para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones más expuestas y otras subpoblaciones vulnerables?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

3.1. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿para que subpoblaciones?

| | | |
|--|-----------|-----------|
| a. Mujeres | Sí | No |
| b. Jóvenes | Sí | No |
| c. Consumidores de drogas inyectables | Sí | No |
| d. Hombres que tiene relaciones sexuales con hombres | Sí | No |
| e. Profesionales del sexo | Sí | No |
| f. Internos en prisiones | Sí | No |
| g. Migrantes/ poblaciones móviles | Sí | No |
| h. Otras: [especificar] | Sí | No |

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el contenido de las leyes, reglamentos o políticas:

- **Sobre CDI, política impulsada por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) que es contraria a programas de reducción de daños.**
- **Sobre profesionales del sexo, aplicación discrecional del artículo 373 del Código Penal, que sanciona las ofensas al pudor y las buenas costumbres, por parte de las policías; lo que dificulta la aplicación de campañas y acciones preventivas en lugares donde se ejerce el comercio sexual.**
- **Sobre internos de prisiones, la voluntariedad de la toma de muestras para detectar el SIDA, consagrado en la Ley 19.779, no se aplica a las personas privadas de libertad.**
- **En el caso de la población gay, el artículo 365 del Código Penal, sobre la penalización de la sodomía con un menor de edad, vulnera la edad de consentimiento sexual (16 años) e impide trabajar con las poblaciones menores de edad.**
- **Sobre las FFAA de Orden y Seguridad, los reglamentos internos son discriminatorios, ya que no dan acceso a los medicamentos.**

4. ¿Se mencionan explícitamente la promoción y protección de los derechos humanos en alguna política o estrategia relacionada con el VIH?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente de qué forma se mencionan los derechos humanos en dicha política o estrategia relacionadas con el VIH:

Efectivamente existe, pero su aplicación es deficitaria.

5. ¿Existe algún mecanismo para registrar, documentar y tratar casos de discriminación sufridos por personas que viven con el VIH, las poblaciones más expuestas y/u otras subpoblaciones vulnerables?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el mecanismo:

- Existían hasta el año 2008 mecanismos implementados por la sociedad civil (servicio de defensoría jurídica, a través de convenio con 4 universidades, e intermediadores/as ciudadanos (desarrollado por VIVO POSITIVO), que hoy no están en funcionamiento por falta de financiamiento. El Estado, tal como queda de manifiesto en el informe anterior, no ha tenido nunca este mecanismo.
- Además, las GES solo son válidas en el ámbito salud (con problemas en su aplicación).
- Finalmente, en Chile, el tema de la discriminación no es un delito, por lo tanto, no se judicializa.

6. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de las poblaciones más expuestas en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, describa algunos ejemplos:

7. ¿Tiene establecida el país una política de gratuidad para los siguientes servicios?

| | | |
|---|----|----|
| a. Prevención del VIH | Sí | No |
| b. Tratamiento antirretrovírico | Sí | No |
| c. Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH | Sí | No |

Si la respuesta es afirmativa, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos, describa brevemente los pasos fijados para ejecutar estas políticas e incluya información sobre cualquier restricción u obstáculo en el acceso de las diferentes poblaciones:

- En relación a prevención existe una política que incluye consejerías, entrega de condones, campañas públicas nacionales y regionales. Sin embargo, hay dificultades en su implementación, porque no se han asignado recursos suficientes, lo que produce problemas de acceso y de oportunidad. Además, se han desarticulado iniciativas de prevención realizadas hasta el año 2008 con financiamiento del Fondo Global, tales como campañas regionales, intervenciones focalizadas, consejería asociativa y la Respuesta Regional Integrada ha reducido en un 60% en su presupuesto. Por otro lado, en relación a las consejerías pre y post test, si bien están garantizadas por ley, no se realiza en todos los casos y no hay control al respecto. Esto ocurre principalmente porque esta prestación no se encuentra codificada dentro de las Garantías Explícitas de Salud, por lo que no es una prioridad para los funcionarios/as de salud.
- En relación a tratamiento antirretrovírico, existe acceso universal a tratamiento garantizado por ley a toda la población, con excepción de Fuerzas Armadas de Orden y Seguridad. Por otro lado, la gratuidad se refiere al sistema público de salud, en el sistema privado el acceso a medicamentos es con un 20% de pago por parte del usuario/a. Así mismo, la Guía Clínica que

regulariza la entrega de medicamentos se encuentra descontextualizada (del año 2005), por lo que no está garantizado el acceso a medicamentos de última generación.

- En relación a la atención y apoyo, existe gratuidad en el sistema público de salud, en los Programas de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH, que cuenta con equipos interdisciplinarios en algunos centros de atención e incluye la gratuidad en la prevención de la transmisión vertical.

8. ¿Tiene establecida el país una política que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí

No

- El Programa Nacional de VIH/SIDA y las Garantías Explícitas de Salud (GES) están destinadas a toda la población, sin distinción por género, lo que implica igualdad en relación a la disponibilidad.
- Sin embargo, la política está orientada a salud sexual reproductiva, no existiendo políticas que consideren las diferencias de género generando acciones afirmativas para el acceso real de las mujeres y hombres, tanto en el acceso a la prevención, al tratamiento y atención y apoyo.

8.1. En concreto, ¿tiene establecida el país una política que asegure el acceso de las mujeres a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH fuera del contexto del embarazo y el parto?

Sí

No

Nota: lo cual se hace evidente en el caso de mujeres privadas de libertad, con limitantes de forma y de fondo, lo que también sucede en la población trans.

9. ¿Tiene establecida el país una política que asegure a las poblaciones más expuestas y/u otras subpoblaciones vulnerables la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el contenido de dicha política:

Se asegura el acceso a atención y al tratamiento, como parte de la población en general, sin embargo, no existen políticas específicas para estas poblaciones.

9.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿incluye dicha política diferentes tipos de enfoques para asegurar la igualdad en el acceso a las distintas poblaciones expuestas y/u otras subpoblaciones vulnerables?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente los diferentes tipos de enfoques que aseguran la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:

Todo el trabajo realizado en este sentido, ya no continúa por falta de recursos y voluntad política.

10. ¿Tiene establecida el país una política que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo (contratación, funciones/traslados, designación, promoción, cese)?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

Nota: si bien existe la política respectiva, ésta no se cumple.

11. ¿Tiene establecida el país una política que asegure que los protocolos de investigación del VIH en los que participan seres humanos sean revisados y aprobados por un comité nacional o local de ética?

| | |
|-----------|----|
| Sí | No |
|-----------|----|

11.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿participan en el comité de revisión ética representantes de la sociedad civil y personas que viven con el VIH?

| | |
|----|-----------|
| Sí | No |
|----|-----------|

Si la respuesta es afirmativa, describa la eficacia de dicho comité de revisión:

12. ¿Tiene establecidos el país mecanismos de vigilancia que aseguren el respeto de los derechos humanos?

- Existencia de instituciones nacionales independientes para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones de derechos humanos, de reforma de la legislación, organismos de control y defensores del pueblo que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH

| | |
|----|-----------|
| Sí | No |
|----|-----------|

- Puntos focales en los departamentos gubernamentales de salud y de otro tipo que vigilen los abusos en materia de derechos humanos y discriminación relacionados con el VIH en áreas como el empleo y la vivienda

| | |
|----|-----------|
| Sí | No |
|----|-----------|

- Indicadores de desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH

| | |
|----|-----------|
| Sí | No |
|----|-----------|

Si la respuesta es afirmativa, describa algunos ejemplos:

13. En los últimos dos años, ¿se ha sensibilizado/capacitado a los miembros de la judicatura (incluidos los del fuero laboral) sobre cuestiones relativas al VIH y los derechos humanos que puedan surgir en el contexto de su trabajo?

| | |
|----|-----------|
| Sí | No |
|----|-----------|

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

14. ¿Están disponible en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?

- Sistema de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

- Bufetes jurídicos del sector privado o centros jurídicos vinculados a la universidad que ofrezcan servicios de asesoría jurídica gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

- Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH sobre sus derechos

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

15. ¿Existen programas diseñados para reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipos de programas?

| | | |
|---|----|----|
| Medios de comunicación | Sí | No |
| Educación escolar | Sí | No |
| Intervenciones periódicas de personalidades | Sí | No |
| Otras: <i>[especificar]</i> | Sí | No |

En general, ¿cómo calificaría las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2009?

2009 Muy deficientes Excelentes

0 1 **2** 3 4 5 6 7 8 9 10

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- **Ninguno. Al contrario, ha habido un retroceso.**

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

- **La ley 19.779 (Ley de SIDA) no garantiza todos los derechos, tiene vacíos, lo que quedó de manifiesto en una situación de crisis, producto de la falta de comunicación del resultado a personas que se habían hecho el examen en el país. Este hecho produjo una gran controversia respecto de los derechos garantizados en la Ley de SIDA y dejó de manifiesto sus vacíos; además, de contradicciones e inconsistencias con otras reglamentaciones.**

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|
| En general, ¿cómo calificaría el esfuerzo por hacer cumplir las políticas, leyes y reglamentaciones existentes en 2009? | | | | | | | | | | |
| 2009 Muy deficientes | | | | | | | | | | Excelentes |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <p>La nota identifica serios retrocesos, ya que persiste la no promoción de la ley de SIDA, siendo un tema no prioritario para el gobierno, lo que se vio reflejado en el caso de la falta de comunicación ya expuesta y en las estrategias emprendidas por el éste en este sentido.</p> | | | | | | | | | | |

II. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL*

1. ¿En qué grado ha contribuido la sociedad civil a fortalecer el compromiso político de los líderes principales y la formulación de políticas/estrategias nacionales?



Comentarios y ejemplos:

Si bien se han realizado acciones para fortalecer el compromiso político de los líderes, estas acciones no han tenido frutos. La sociedad civil no ha sido considerada para la participación en la formulación de políticas y estrategias nacionales.

2. ¿En qué grado han participado los representantes de la sociedad civil en el proceso de planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH o el plan de actividad actual (asistencia a las reuniones de planificación y revisión de anteproyectos)?

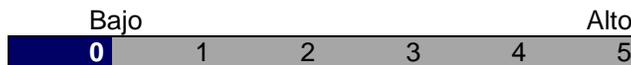


Comentarios y ejemplos:

El problema básico es que no hay plan nacional, por lo tanto la participación se encausa en otras dinámicas, que –durante el 2009- han sido menores.

3. Los servicios prestados por la sociedad civil en los ámbitos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, ¿en qué grado se incluyen en

a. la estrategia nacional del sida?



b. el presupuesto nacional para el sida?



c. los informes nacionales sobre el sida?



* La sociedad civil incluye, entre otros, redes de personas que viven con el VIH; organizaciones de mujeres, de jóvenes, religiosas, de servicios sobre el sida, de base comunitaria, de grupos clave afectados (incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los consumidores de drogas inyectables, los profesionales del sexo, los emigrantes, las poblaciones refugiadas/desplazadas, los presos); organizaciones sindicales, de derechos humanos; etc. A efectos del ICPN, el sector privado se considera aparte.

Comentarios y ejemplos:

4. ¿En qué grado se incluye a la sociedad civil en los aspectos relacionados con la vigilancia y evaluación de la respuesta al VIH?

a. en el desarrollo del plan nacional de vigilancia y evaluación



b. participando en el comité nacional de vigilancia y evaluación / grupo de trabajo encargado de coordinar las actividades de vigilancia y evaluación



c. en los esfuerzos de vigilancia y evaluación a nivel local



Comentarios y ejemplos:

El país no cuenta con un comité nacional de vigilancia y evaluación, lo que explica la evaluación realizada.

5. ¿En qué grado la representación del sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluye diversas organizaciones (redes de personas que viven con el VIH, organizaciones de profesionales del sexo, organizaciones basadas en la fe)?



Comentarios y ejemplos:

Tipos de organizaciones que representan a la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH y el SIDA:

- Trabajadores/as sexuales.
- Transgéneras.
- GLBT
- Mujeres.
- Migrantes.
- PVVIH.
- Pueblos originarios.
- Organizaciones basadas en la fe.
- Personas privadas de libertad.
- Derechos humanos.

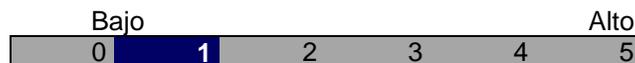
Se deja constancia que existe un sistema de representación indirecta, es decir, no implica que existan representantes por cada tipo de organización.

6. ¿En que grado la sociedad civil puede acceder al

a. apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?



b. apoyo técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?



Comentarios y ejemplos:

7. ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?

| | | | | |
|--|-------|--------|--------|------|
| Prevención para jóvenes | < 25% | 25-50% | 51-75% | >75% |
| Prevención para las poblaciones más expuestas | | | | |
| - Consumidores de drogas inyectables | < 25% | 25-50% | 51-75% | >75% |
| - Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | < 25% | 25-50% | 51-75% | >75% |
| - Profesionales del sexo | < 25% | 25-50% | 51-75% | >75% |
| Asesoramiento y pruebas | < 25% | 25-50% | 51-75% | >75% |
| Reducción del estigma y discriminación | < 25% | 25-50% | 51-75% | >75% |
| Servicios clínicos (IO*/terapia antirretrovírica) | < 25% | 25-50% | 51-75% | >75% |
| Atención domiciliaria | < 25% | 25-50% | 51-75% | >75% |
| Programas para HNV** | < 25% | 25-50% | 51-75% | >75% |

*IO = Infecciones oportunistas

**HNV = Huérfanos y otros niños vulnerables

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil en 2009?

2009 Muy deficientes Excelentes

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- Ninguno.

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

- Falta de recursos para la sociedad civil, voluntad política del gobierno, restauración del trabajo asociativo realizado en el contexto del Fondo Global, con proyectos cogestionados entre el Estado y la sociedad civil, participación en las políticas públicas y en el Plan Nacional de SIDA. La participación de la sociedad civil disminuyó considerablemente a partir del término del proyecto Fondo Global (año 2008), todas las experiencias exitosas en este sentido no han tenido continuidad.

III. PREVENCIÓN.

1. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

Si la respuesta es negativa, ¿cómo se están ampliando los programas de prevención del VIH?

No se están ampliando, más bien se están reduciendo.

1.1. ¿En qué grado se han ejecutado los siguientes componentes de prevención del VIH?

| Componente de prevención del VIH | La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso | | |
|---|--|---------------|-----|
| | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Seguridad hematológica | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Precauciones universales en entornos de atención sanitaria | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Prevención en la transmisión maternoinfantil del VIH | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| IEC* sobre reducción del riesgo | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| IEC* sobre reducción del estigma y discriminación | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Promoción del preservativo | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Asesoramiento y pruebas del VIH | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Reducción del riesgo para los hombres que tiene relaciones sexuales con hombres | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Reducción del riesgo para los profesionales del sexo | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Educación escolar sobre el sida para jóvenes | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Programas para jóvenes no escolarizados | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Prevención del VIH en el lugar de trabajo | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Otros <i>[especificar]</i> | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |

* IEC= Información, educación, comunicación

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|
| En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH en 2009? | | | | | | | | | | |
| 2009 Muy deficientes | | | | | | | | | | Excelentes |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i> | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Se han realizado 2 campañas de prevención que en realidad no están enfocadas al tema de la prevención, sino a la promoción de la toma del examen y del servicio de consejería. En ninguna de las dos campañas ha participado la sociedad civil. Se han dejado de realizar campañas regionales. • Las Respuestas Regionales Integradas que tienen como objetivo generar iniciativas de prevención en el ámbito local, con participación de la sociedad civil, han visto disminuidos sus presupuestos en un 60%. • No hay campañas focalizadas para grupos vulnerables. En este sentido se estaba realizando una campaña comunicacional (año 2008, con una inversión de 236 millones de pesos) donde participaba la sociedad civil, que finalmente no fue puesta en los medios de comunicación, lo que tampoco ocurrió con una campaña dirigida específicamente a mujeres. | | | | | | | | | | |

IV. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO.

1. ¿Ha identificado el país necesidades específicas relacionadas con los servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

Se realizó un diagnóstico de las deficiencias de los centros de tratamiento, con propuesta de solución, pero sin participación de la sociedad civil.

Si la respuesta es negativa, ¿cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

1.1. ¿En qué grado se han puesto en marcha los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

| Servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH | La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso | | |
|---|---|----------------------|-----|
| Terapia antirretrovírica (1) | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Atención nutricional | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Tratamiento pediátrico del SIDA (1) | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Atención domiciliaria | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis (2) | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH (3) | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH (3) | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención (3) | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Profilaxis en cotrimoxazol en personas infectadas con el VIH | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Profilaxis posterior a la exposición (por ej., exposición ocupacional al VIH, violación) (4) | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos) | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |
| Otros programas: <i>[especificar]</i> | De acuerdo | En desacuerdo | N/C |

Notas:

(1) Se realizan, pero con retraso en las Guías Clínicas.

(2) Se hace solo al 5% el test de VIH.

(3) El programa de tuberculosis se redujo sustantivamente en sus recursos.

(4) Existen dificultades de acceso a la información y deficiente reparación de los funcionarios de salud.

| En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2009? | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|
| 2009 Muy deficientes | | | | | | | | | | | Excelentes |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i> | | | | | | | | | | | |
| <i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i> | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal y de infraestructura. Horarios de atención restringidos en los Programas de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH, lo que dificulta la asistencia a controles médicos por parte de las personas que se encuentran trabajando. • No hay coordinación entre los distintos servicios de salud: atención primaria, urgencia, etc. • Últimamente se han producido problemas de acceso a tratamiento antirretroviral y la Guía Clínica que norma la entrega de medicamentos se encuentra desactualizada (es del año 2005), lo que impide el acceso a tratamientos de última generación y transgrede la norma OMS (CD4 350). | | | | | | | | | | | |

2. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?

| | | |
|----|-----------|-----|
| Si | No | N/C |
|----|-----------|-----|

2.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿hay en el país una definición operativa para “huérfano” y “niño vulnerable”?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

2.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

2.3. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿tiene el país una estimación de los huérfanos y niños vulnerables a los que llegan las intervenciones existentes?

| | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de huérfanos y niños vulnerables se está llegando? %
[especificar]

INFORME CHILE PARA UNGASS 2010

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2009?

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|------------|
| 2009 | Muy deficientes | | | | | | | | | | | Excelentes |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

- **No hay políticas ni programas que aborden esta temática. Si bien existe un Programa de atención especial para los niños/as, se produce un vacío en el caso de los/as adolescentes entre 15 y 18 años, que no califican para el programa de niños ni para el de adultos.**