

INFORME NACIONAL DE PROGRESO SOBRE SIDA EN CHILE GARPR 2014 (INCLUYE INDICADORES DE ACCESO UNIVERSAL)

ENERO DE 2012 – DICIEMBRE DE 2013

Elaborado en marzo 2014

VERSIÓN FINAL



PRESENTACIÓN

Este documento corresponde al Informe Nacional de Progreso sobre SIDA en Chile, GARPR 2014; elaborado por el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS del Ministerio de Salud, 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 2012 y 2013, lo que posibilita evidenciar los avances, pero también las brechas y desafíos que dicha Respuesta le plantea al país.

La estructuración del documento reconoce siete capítulos y cuatro 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.
- 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 revisa 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 indicadores solicitados para GARPR y Acceso Universal 2014.
- Los dos capítulos siguientes 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 GARPR 2014.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	02
I. SITUACIÓN ACTUAL	05
1. PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME	05
2. LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA	07
3. RESUMEN DE INDICADORES SOLICITADOS PARA GARPR – ACCESO UNIVERSAL	08
II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN CHILE	14
1. ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DEL PAÍS	14
2. ANTECEDENTES SOBRE EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PAÍS	14
3. CARACTERIZACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN CHILE	15
4. PRINCIPALES ANTECEDENTES SOBRE OTRAS ITS	20
III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA	22
1. MARCO DE REFERENCIA Y COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA	22
2. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD	29
3. ATENCIÓN, APOYO Y TRATAMIENTO	31
4. PRINCIPALES LOGROS DEL PERÍODO Y MITIGACIÓN DEL IMPACTO	34
5. INDICADORES BÁSICOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE VIH/ SIDA	39
IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS	93
1. PROCESOS DE EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL SECTOR SALUD	93
2. INTEGRACIÓN DEL VIH/SIDA Y OTRAS ÁREAS DE SALUD	93
3. ESTUDIOS REALIZADOS DURANTE EL PERÍODO	94
4. SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD PARA EL VIH/SIDA	94
5. DESARROLLO DE ACCIONES FOCALIZADAS Y CON PERTINENCIA LOCAL	95
V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS	96
1. PARTICIPACIÓN SOCIAL	96
2. COBERTURA DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS	96
3. COBERTURA Y DIVERSIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN A PVVIH	96
4. BRECHAS DE INFORMACIÓN	97
5. OTRAS DIFICULTADES	97
VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS	99
1. PRINCIPALES DESAFÍOS FUTUROS	99
2. APOYO REQUERIDO DESDE EL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS	102

VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN	103
1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	103
2. INVESTIGACIONES	104
3. MONITOREO DEL PROGRAMA NACIONAL	105
4. MONITOREO DE LOS AVANCES EN LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES LIGADOS AL VIH/SIDA	105
 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	 107
ANEXO 2: MATRIZ DE GASTO INDICADOR 6.1	109
ANEXO 3: INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y LAS POLÍTICAS NACIONALES	111
ANEXO 4: CUESTIONARIO PREGUNTAS DE POLÍTICA DE LA OMS	181

I. 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 GARPR 2014, comenzó en el mes de febrero de 2014, mediante un proceso que incluyó la contratación de un profesional para apoyar técnicamente la gestión del informe en comento e ingresar los datos generados a la plataforma online.

Además, se contrató dos consultores –con apoyo financiero de ONUSIDA- para recolectar la información primaria requerida para la elaboración del indicador sobre gasto en SIDA, basado en la metodología MEGAS. La consolidación, validación y análisis de la información recayó en el Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud.

Es preciso destacar que durante este bienio, el Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA e ITS, consolidó un proceso de diagnóstico y evaluación con la elaboración del Plan Estratégico Nacional para el período 2012-2016.

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, se deben mencionar las siguientes:

1.1.2.1 Documentos.

- Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y la Sífilis. Ministerio de Salud. 2012.
- Ley 19.966, de Garantías Explícitas en Salud (GES), 2005.
- Políticas Públicas en VIH/SIDA e ITS. Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS, Ministerio de Salud. 2011.
- Logros Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS AÑOS 2010 – 2011. Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS, Ministerio de Salud. 2011.
- Evolución del VIH/SIDA en Chile, 1984 – 2012. Departamento de Epidemiología, DIPLAS. Ministerio de Salud, 2013.
- Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020. Ministerio de Salud. 2011.
- Informe Acceso Universal en Chile. Avances, desafíos e indicadores estratégicos de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA y las ITS. Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS, Ministerio de Salud – ONUSIDA. 2011.
- Plan Estratégico Nacional de Respuesta Multisectorial al VIH/SIDA y las ITS, Chile 2012-2016.
- Informe final de evaluación Programa nacional de prevención y control del VIH/SIDA y de las ITS. Ministerio de Hacienda. 2011.
- Protocolo de atención integral en salud sexual y reproductiva de mujeres viviendo con VIH/ SIDA.
- Guía clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, 2013.

1.1.2.2. Estadísticas, estudios y bases de datos.

- Registro de notificaciones. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. 2012.
- Registro de casos confirmados. Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud. 2012.
- Registro de Estadísticas Mensuales (REM). Departamento de Estadísticas en Salud (DEIS), Ministerio de Salud. 2012.
- Indicadores básicos de salud 2010. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud. 2010.
- Censos de trabajadores/as sexuales en control. Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS, Ministerio de Salud. 2012.
- Registro de personas en TARV. Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS, Ministerio de Salud. 2012.
- Registro de personas en TARV. Departamento GES, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. 2012.
- Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV. Ministerio de Salud – ONUSIDA – OMS/OPS – ACCIONGAY – MUMS – RedOSS 2008 – 2009.
- Evaluación del impacto del tratamiento antirretroviral en Chile. Informe Características basales 2008 – 2010. Grupo SIDACHile. Febrero 2012.
- Estudio de Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas. Demoscópica – CONASIDA. 2006.
- Sexta Encuesta Nacional de Juventud. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), 2009.
- Séptima Encuesta Nacional de Juventud. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), 2012.
- Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible en Chile. Informe final. Ministerio de Salud. 2008.
- Base de datos II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Ministerio de Salud, 2006.
- Base de datos Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud – Pontificia Universidad Católica – Universidad Alberto Hurtado. 2011.
- Base de datos Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, ex CONACE). 2010.
- Base de datos Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN). Ministerio de Desarrollo Social (ex Ministerio de Planificación, MIDEPLAN). 2009 y 2011.
- Encuesta de Victimización. Ministerio del Interior. 2008.
- Proyecciones de población. Instituto Nacional de Estadísticas.
- Anuario estadístico 2012. Gendarmería de Chile, Ministerio de Justicia. 2013.

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, como, por ejemplo, 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) o la diferencia en la periodicidad de la medición.

- También se debe mencionar la dificultad de acceder a registros sobre el sistema de salud privado.

1.2. Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional.

Para la elaboración del Índice Compuesto de Política Nacional se convocó a tres reuniones. En la primera de ellas participaron representantes de distintos sectores de gobierno, quienes aportaron para completar la parte A del cuestionario.

La segunda reunión consideró a representantes de organizaciones sociales, con el objetivo de completar el ICPN parte B.

La tercera reunión, en tanto, atendió a las agencias de cooperación internacional, sociedades científicas y mundo académico, quienes también discutieron sobre el ICPN parte B.

En virtud de lo anterior y la diferencia de opiniones en algunos temas, no se pudo completar un ICPN parte B consensuado para el informe país.

1.3. Taller de discusión

Para esta versión del reporte, no se realizó una discusión del informe país.

1.4. 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

- A diciembre de 2012 se han notificado con el diagnóstico de VIH/SIDA 29.092 personas. En el caso del VIH, la tasa del año 2012 llega a 8,6 por cien mil habs., mientras que en SIDA es de 5,4 por cien mil habs. La información correspondiente al año 2013, aún está en proceso de validación, razón por la cual no se incorpora al presente informe
- Considerando los datos acumulados, la principal vía de exposición al virus en Chile es la sexual (99,2%), siendo los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) la vía 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. En cuanto a la razón hombre:mujer, ésta llega en el último quinquenio a 4,7 (VIH) y 5,8 (SIDA).
- 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 29 años en VIH y entre los 30 y 39 años en SIDA.
- En el último quinquenio (2008-2012) las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Metropolitana y Antofagasta tienen las tasas más altas de casos de VIH (sobre 44 por cien mil habs.), mientras que las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Valparaíso, Atacama y Metropolitana, presentan las tasas más altas de SIDA (sobre 28 por cien mil habs.).

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

- Entre 1990 y 2011 se produjeron en el país 7.842 defunciones por SIDA, correspondiendo el 87,0% de ellas a hombres. De acuerdo a los grupos de edad, la mortalidad más alta se encuentra entre los 30 y los 59 años.
- En los últimos años analizados la mortalidad por SIDA tiende a estabilizarse, observándose una tasa de 2,7 por cien mil habs. en el año 2011.
- Por otra parte, de acuerdo a las últimas estimaciones disponibles, en el año 2012, las personas viviendo con VIH/SIDA en Chile ascendían a 39.000, siendo la prevalencia en adultos de 15 a 49 años, 0,4%.
- Respecto a datos de prevalencia, en la Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010 se incluyó el examen de VIH/SIDA, registrándose una prevalencia de 0,21% (IC 0,06% – 0,72%) en personas de 18 a 64 años. En el año 2009 también se llevó a cabo un estudio de prevalencia de VIH/SIDA en la población de hombres que tienen sexo con hombres (CHIPREV), mediante con el muestreo basado en quienes responden (Respondent Driven Sampling, RDS). Según esta medición, la prevalencia de VIH en la población HSH residente en la Región Metropolitana a la que se logró acceder era de 21,1%, con un intervalo de confianza que va de 12,8% a 30,0%.

En resumen, en Chile el VIH/SIDA se caracteriza por ser de transmisión sexual, predominantemente en hombres adultos jóvenes y fundamentalmente homosexuales.

3. RESUMEN DE INDICADORES SOLICITADOS PARA GARPR – ACCESO UNIVERSAL.

La siguiente tabla sintetiza el estado del reporte de los distintos indicadores solicitados para el proceso GARPR y Acceso Universal 2014, considerando –además- los resultados de los indicadores reportados.

OBJETIVO	GARPR	AU	INDICADOR	ESTADO 2014	RESULTADOS	
					2013	2014
Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015			Indicadores para la población general			
	X		1.1 Porcentaje de mujeres y hombres 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 VIH	Indicador pertinente y reportado	52,73 %	52,73%
	X		1.2 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	10,58 %	10,58%
	X		1.3 Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Indicador pertinente y reportado	9,15%	9,15%
	X		1.4 Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años 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	55,03 %	55,03%
	X		1.5 Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Indicador pertinente y reportado	36,92 %	36,92%
			Indicadores para los profesionales del			

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

		sexo			
X		1.7 Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención del VIH	Indicador pertinente y reportado	42,50 %	42,50%
X	X	1.8 Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Indicador pertinente y reportado	72,50 %	72,50%
X	X	1.9 Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Indicador pertinente y reportado	85,00 %	85,00%
X	X	1.10 Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	Indicador pertinente y reportado	0,33%	0,3%
		Indicadores para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres			
X		1.11 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a los que han llegado programas de prevención del VIH	Indicador pertinente y reportado	57,11 %	57,11%
X	X	1.12 Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	Indicador pertinente y reportado	55,84 %	55,84%
X	X	1.13 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Indicador pertinente y reportado	25,05 %	25,05%
X	X	1.14. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH	Indicador pertinente y reportado	20,26 %	20,26%
		Pruebas de detección del VIH y orientación			
	X	1.16 Número de mujeres y hombres mayores de 15 años a los que se les realizó la prueba de detección del VIH, recibieron orientación en los últimos 12 meses y conocen el resultado	Indicador pertinente y reportado	NR	28.505
	X	1.16.1 Porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección del VIH y que sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses (nuevo)	Indicador pertinente, pero sin datos		NR
		Infecciones de transmisión sexual			
	X	1.17.1 Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis	Indicador pertinente y reportado	116,99 %	85,7%
	X	1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis	Indicador pertinente y reportado	0,13%	0,10%
	X	1.17.3 Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
	X	1.17.4 Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa	Indicador pertinente y reportado	10,30 %	7,0%
	X	1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan sífilis activa	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
	X	1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los 12 últimos meses	Indicador pertinente y reportado		4.289
	X	1.17.7 Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses	Indicador pertinente y reportado		55
	X	1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses	Indicador pertinente y reportado		1.258
	X	1.17.9 Número notificado de hombres	Indicador pertinente,		NR

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

			con exudado uretral durante los últimos 12 meses	pero sin datos		
		X	1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los 12 últimos meses	Indicador pertinente, pero sin datos		NR
		X	1.18 Porcentaje de embarazadas seropositivas en la prueba serológica para la sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para la sífilis	Indicador pertinente, pero sin datos		NR
Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015	X	X	2.1 Número de agujas y jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
	X	X	2.2 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
	X	X	2.3 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
	X	X	2.4 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
	X	X	2.5 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
		X	2.6 Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos	Indicador no pertinente	NR	NR
		X	2.7 Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos: - Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas	Indicador no pertinente	NR	NR
		X	2.7 Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos: - Número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos	Indicador no pertinente	NR	NR
Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida	X	X	3.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	Indicador pertinente y reportado	89,20 %	91,81%
	X		3.1a Porcentaje de mujeres que viven con el VIH que reciben medicamentos antirretrovíricos para ellas o para sus bebés durante el período de lactancia (antiguo indicador 3.8)	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
	X	X	3.2 Porcentaje de niños que nace de mujeres seropositivas y que recibe un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	Indicador pertinente y reportado	97,45 %	97,48%
	X	X	3.3 Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses	Indicador pertinente y reportado	3,30%	5,30%
		X	3.4 Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH)	Indicador pertinente y reportado	87,04 %	89,32%
		X	3.5 Porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

			la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses			
		X	3.6 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4	Indicador pertinente y reportado	61,40 %	Spectrum
		X	3.7 Porcentaje de lactantes nacidos de madres infectadas con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas de vida (es decir, transmisión durante el puerperio, alrededor de las 6 semanas de vida)	Indicador pertinente y reportado	94,30 %	97,1%
		X	3.9 Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres seropositivas para el VIH que comenzaron la profilaxis con la asociación de trimetoprim y sulfametoxazol dentro de los 2 meses de vida	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
		X	3.10 Distribución de las prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de reemplazo, alimentación mixta u otra) en los lactantes nacidos de mujeres seropositivas para el VIH en la consulta para la vacunación con la tercera dosis de la DPT	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
		X	3.11 Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación	Indicador pertinente y reportado		187.520
		X	3.12.1 Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH ("recién nacidos expuestos al VIH") en el 2012 (o los datos más recientes de los que se disponga)	Indicador pertinente y reportado		159
		X	3.12.2 Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH, clasificadas como con estado serológico indeterminado (es decir, mujeres cuyo seguimiento no fue posible, que fallecieron antes del diagnóstico definitivo o con resultados de laboratorio indeterminados)	Indicador pertinente y reportado		5
		X	3.12.3 Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH	Indicador pertinente y reportado		5
		X	3.12.4 Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) que recibieron un diagnóstico negativo del VIH	Indicador pertinente y reportado		149
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas con infección por el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico para el 2015	X	X	4.1 Porcentaje de adultos y niños que actualmente recibe terapia antirretrovírica entre todos los adultos y niños que viven con el VIH	Indicador pertinente y reportado	69,98 %	Spectrum
	X	X	4.2a) Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral - 12 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2013	Indicador pertinente y reportado	96,79 %	96,79%

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

		X	4.2b) Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral - 24 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2011	Indicador pertinente y reportado	94,75 %	94,8%
		X	4.2c) Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral - 60 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2008	Indicador pertinente y reportado	94,61 %	94,6%
		X	4.3a Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral	Indicador pertinente y reportado	70	70
		X	4.3b Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral pediátrico	Indicador pertinente y reportado	32	32
		X	4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que suministran antirretrovirales y que en los 12 últimos meses han presentado desabastecimiento de por lo menos un antirretroviral necesario	Indicador pertinente y reportado	0	0
		X	4.5 Diagnósticos tardíos de la infección por el VIH: porcentaje de personas seropositivas para el VIH cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue de menos de 200 células/μl en el 2013 (Para la OPS solamente)	Indicador pertinente y reportado		42,6%
		X	4.6 Atención de la infección por el VIH: Tratamiento antirretroviral	Indicador pertinente y reportado		25.821
		X	4.7.a Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran una carga viral suprimida en el período de notificación	Indicador pertinente, pero sin datos		NR
		X	4.7.b Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran un nivel de ≤ 1.000 copias tras 12 meses de tratamiento (2013)	Indicador pertinente, pero sin datos		NR
Objetivo 5. Reducir en un 50 % el número de muertes por tuberculosis entre las personas infectadas por el VIH para el 2015	X	X	5.1 Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH	Indicador pertinente y reportado	2,38%	2,4%
		X	5.2 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH que se han incorporado por primera vez en la atención a las que se les detectó tuberculosis activa (nuevo)	Indicador pertinente, pero sin datos		NR
		X	5.3 Porcentaje de adultos y niños que se incorporaron por primera vez en la atención de la infección por el VIH que han iniciado profilaxis con isoniazida	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
		X	5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la última consulta	Indicador pertinente y reportado	78,07 %	78,1%
Objetivo 6. Alcanzar un nivel importante de gasto mundial anual (US\$ 22.000 a 24.000 millones) en los países de ingresos bajos y medianos	X		6.1 Gasto nacional e internacional relativo al sida por categorías y fuentes de financiación	Matriz de gastos		Reportada
Objetivo 7. Eliminación de las	X		7.1 Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años	Indicador pertinente y reportado	9,37%	9,37%

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

desigualdades en materia de género			que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses (anteriormente 7.2)			
Objetivo 8. Eliminación del estigma y la discriminación	X		8.1 Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH	Indicador pertinente, pero sin datos		NR
Objetivo 10. Fortalecimiento de la integración de las actividades relacionadas con el VIH	X		10.1 Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos (de 10 a 14 años, en edad de acudir a la escuela primaria y secundaria) (anteriormente 7.3)	Indicador pertinente, pero sin datos	NR	NR
	X		10.2 Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico externo en los últimos tres meses (anteriormente 7.4)	Indicador pertinente y reportado	73,06 %	73,06%

Nota: no todos los datos son comparables entre ambos años, no obstante, se incluyen para conocer las diferencias entre los reportes 2013 y 2014.

II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN CHILE.

1. ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DEL PAÍS.

Estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y CELADE para el año 2013 indican que la población de Chile asciende a 17.556.815 habitantes, proyectándose para el año 2020 un total de 18.549.096 personas. La mayoría de los habitantes reside en zonas urbanas (87,0%) y el 40,3% de la población corresponde a la Región Metropolitana¹. La densidad poblacional es de 22,8 hab/km², variando ésta desde 1,0 hab/km² en la Región de Aisén a 451,2 hab/km² en la Región Metropolitana².

Tanto la dinámica como la estructura poblacional reflejan una situación de transición demográfica avanzada. La tasa de fecundidad global del quinquenio 2010 – 2015 se estima en 1,89 hijos por mujer en edad fértil y la tasa neta de reproducción es de 0,89 hijas por mujer³, es decir, bajo el nivel de reemplazo.

Según sexo, la población se compone de un 50,5% de mujeres y un 49,5% de hombres. La estructura de edad muestra que un 22,0% de los habitantes es menor de 15 años y un 9,3% tiene 65 y más años, registrándose un índice de vejez de 42,1 mayores de 64 por cada 100 menores de 15 años⁴.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica, CASEN, 2009, el 7,0% de la personas afirma pertenecer a algún pueblo originario, correspondiendo la mayoría de ellas a la etnia Mapuche⁵.

En relación a la población migrante, estimaciones del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior señalan que en Chile residirían 352.344 extranjeros, equivalentes al 2,08% de la población del país⁶.

2. ANTECEDENTES SOBRE EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PAÍS.

Complementariamente a los cambios derivados de la dinámica y estructura poblacional, los avances sanitarios registrados en el país, también han contribuido a los procesos de transición demográfica y epidemiológica. En las últimas décadas se ha producido una importante reducción de la mortalidad infantil, llegando a una tasa de 7,9 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos en el año 2009⁷. La mortalidad general también ha presentado un descenso, observándose una tasa de 5,4 muertes por 1.000 habitantes⁸ y la esperanza de vida al nacer se ha visto incrementada, estimándose en 79,1 años para el quinquenio 2010 – 2015 (76,1 en hombres y 82,2 en mujeres)⁹.

¹ Instituto Nacional de Estadísticas – CELADE. Proyecciones de población.

² Cálculo a partir de INE – CELADE e Instituto Geográfico Militar. 2011.

³ Instituto Nacional de Estadísticas – CELADE. Indicadores demográficos. 2010 – 2015.

⁴ Cálculo a partir de INE – CELADE. Proyecciones de población. 2011.

⁵ Ministerio de Planificación. Encuesta CASEN. 2009.

⁶ Ministerio del Interior de Chile. Departamento de Extranjería y Migración. Informe anual. 2010.

⁷ Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas de natalidad y mortalidad 2009.

⁸ Op cit.

⁹ Instituto Nacional de Estadísticas – CELADE. Indicadores demográficos. 2010 – 2015.

Si bien estos cambios dan cuenta de los avances realizados por el país, también se ven reflejados en un cambio del perfil epidemiológico de la población, que se ha traducido en un aumento de la población envejecida, con una alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Esta situación se ve reflejada en el último estudio de carga enfermedad, donde el 78% de la carga enfermedad corresponde a Años de Vida Vividos con Discapacidad (AVD) y el 84% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) se concentra en enfermedades no transmisibles (Grupo II)¹⁰.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN CHILE.

3.1. Estimación de personas viviendo con VIH/SIDA¹¹.

De acuerdo a las estimaciones disponibles, en el año 2010 las personas viviendo con VIH/SIDA en Chile ascendían a 39.000, siendo la prevalencia en adultos de 15 a 49 años, 0,4%.

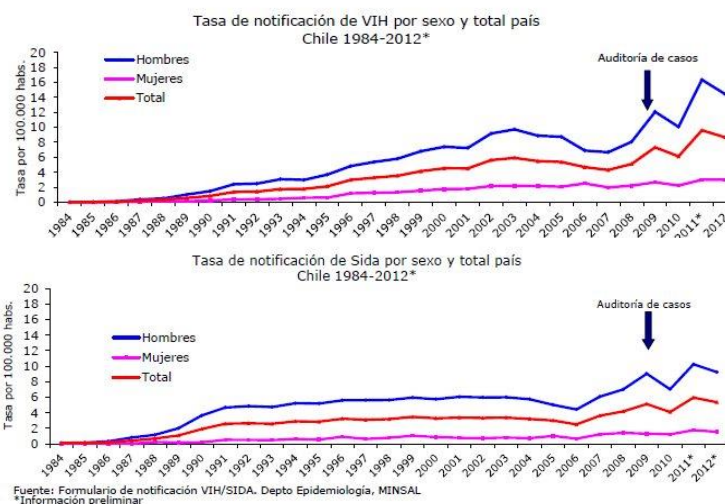
Como parte del proceso realizado también se estimó el tamaño de algunas poblaciones expuestas relevantes para el país. Al año 2009 se estima que los hombres que tienen sexo con hombres representan un 5,3% de la población masculina de 15 años o más¹² (aproximadamente, 333.901 personas). Para la población privada de libertad se contó con datos del año 2012, que dan cuenta de un tamaño de 49.350 personas¹³.

3.2. Incidencia de VIH/SIDA.

3.2.1. Casos notificados de VIH/SIDA¹⁴.

3.2.1.1. Tendencia temporal.

Desde los primeros casos detectados en 1984 y hasta el año 2012, se han notificado en Chile 29.092 casos de VIH/SIDA. El análisis de la tendencia temporal de la tasa de notificación de VIH muestra un aumento sostenido hasta el año 2003, posteriormente se inicia un leve descenso para nuevamente aumentar en el 2008, observándose un peak en el año 2011 (9,6 por cien mil hab.). Durante el 2012, la tasa ha experimentado una relativa estabilización (8,6 por cien mil hab.).



¹⁰ Ministerio de Salud. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Informe final. Chile, 2008.

¹¹ ONUSIDA. Estimaciones de VIH/SIDA. 2012.

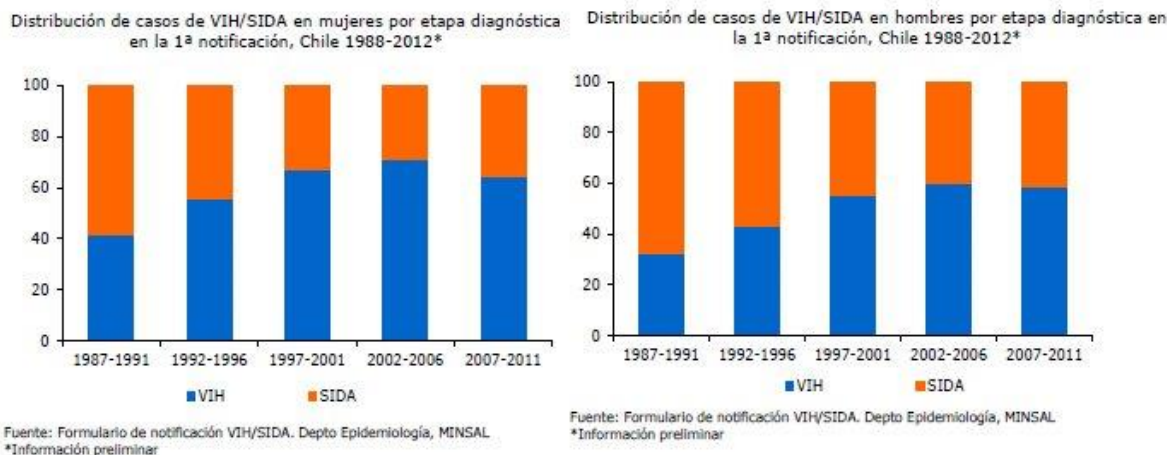
¹² Cálculo realizado a partir de Instituto Nacional de la Juventud. Sexta Encuesta Nacional de Juventud. INJUV; 2009.

¹³ Ministerio de Justicia, Gendarmería de Chile. Compendio estadístico penitenciario 2012. Gendarmería de Chile; 2013.

¹⁴ Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Evolución del VIH/SIDA en Chile 1984 – 2012.

En el caso del SIDA, la tasa de notificación también ha ido en aumento, registrándose la tasa más alta en el año 2011 (6,0 por cien mil habs.), valor que desciende a 5,4 por cien mil habs. en 2012.

3.2.1.2. Etapa de notificación.



Del total de casos, el 56,2% ha sido notificado en etapa VIH y el 43,8% en etapa SIDA. A través de los quinquenios se ha registrado un lento aumento de la proporción de casos notificados como VIH. De acuerdo al sexo, las mujeres tienen mayores porcentajes de notificación en etapa VIH que los hombres, lo que puede responder a un mayor acceso al test por parte de éstas en relación a los segundos.

En relación al cambio de etapa, 593 casos notificados como VIH han cambiado a etapa SIDA y el 46,0% de ellos lo hizo durante los tres primeros años.

3.2.1.3. Vía de exposición.

En Chile, la principal vía de exposición al virus es la sexual (99,2%), siendo el sexo entre hombres (HSH) la vía de exposición más declarada.

Casos de VIH/SIDA según vía de exposición, quinquenio y clasificación.
Chile, 1988-2012*

Vía de exposición	1988-1992		1993-1997		1998-2002		2003-2007		2008-2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Homosexual	863	51,3	1728	48,1	2656	46,7	2775	44,8	4577	51,0
Bisexual	328	19,5	525	14,6	754	13,2	695	11,2	848	9,5
Heterosexual	354	21,1	1095	30,5	2098	36,9	2612	42,2	3473	38,7
Vía Sanguínea	116	6,9	196	5,5	107	1,9	34	0,5	20	0,2
Vertical	20	1,2	48	1,3	77	1,4	72	1,2	52	0,6
Total	1681	100	3.592	100	5.692	100	6.188	100	8.970	100

Fuente: Formulario caso VIH/SIDA, Depto Epidemiología, MINSAL

* Información preliminar

Durante los quinquenios, la exposición homosexual se ha mantenido estable alrededor de un 50%, mientras la vía heterosexual ha aumentado y la exposición bisexual ha disminuido.

La transmisión madre-hijo, ha disminuido como vía de exposición, llegando en el período 2008 – 2012 a 0,6% del total de casos reportados.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

3.2.1.4. Distribución geográfica.

En el último quinquenio (2008-2012) las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Metropolitana y Antofagasta tienen las tasas más altas de casos de VIH (sobre 44 por cien mil hab.), mientras que las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Valparaíso, Atacama y Metropolitana, presentan las tasas más altas de SIDA (sobre 28 por cien mil hab.).

En el mismo periodo (2008-2012) la región con la tasa más baja de VIH es O'Higgins (15,8 por cien mil hab.), mientras que la región con la tasa más baja de SIDA es Aisén (2,9 por cien mil hab.).

Desde el segundo quinquenio se observa un aumento de las tasas de notificación de VIH/SIDA en la zona norte del país y, en el periodo 2006 – 2010, la Región de Arica Parinacota presenta las tasas más altas (83,8 y 55,5 por 100.000 habitantes en VIH y SIDA, respectivamente).

Tasa de notificación de VIH y SIDA según región y quinquenios
Chile 1987-2012*

Región	1988-1992		1993-1997		1998-2002		2003-2007		2008-2012	
	Nº	Tasa*	Nº	Tasa*	Nº	Tasa*	Nº	Tasa*	Nº	Tasa*
VIH/SIDA										
Arica y Parinacota	18	10,5	73	40,6	149	77,0	193	101,1	309	167,1
Tarapaca	16	9,8	22	10,9	164	67,0	181	64,9	276	87,7
Antofagasta	31	7,6	86	18,7	223	44,1	271	50,1	380	66,1
Atacama	3	1,3	14	5,7	40	15,4	97	35,9	167	59,5
Coquimbo	25	5,0	63	11,3	192	31,2	225	33,7	381	53,0
Valparaíso	288	21,1	525	36,1	788	50,4	748	45,0	1098	62,4
Metropolitana	1282	24,7	2624	46,0	3422	55,5	3436	52,5	5317	77,2
O'Higgins	16	2,3	62	8,2	110	13,8	224	26,6	294	33,3
Maule	24	2,9	81	9,1	200	21,6	236	24,4	305	30,3
Bío-Bío	44	2,6	142	7,7	343	18,1	548	27,8	859	42,2
Araucanía	5	0,6	34	4,0	151	17,0	158	17,0	327	33,7
Los Ríos	9	2,8	32	9,1	39	10,8	111	29,8	188	49,5
Los Lagos	15	2,5	39	5,7	140	19,1	253	32,3	526	62,9
Aisén	0	0,0	6	6,9	16	17,1	19	19,1	33	31,5
Magallanes	3	2,1	18	12,5	17	11,1	31	19,9	59	37,2
Total	1779	13,5	3821	26,5	5994	38,9	6731	41,4	10519	61,5

Fuente: Formulario caso VIH/SIDA, Depto Epidemiología, MINSAL

* Tasa por cien mil hab

3.2.1.4. Características sociodemográficas.

Respecto al sexo, el análisis de las notificaciones acumuladas en el período muestra que, en SIDA y en VIH, el número de hombres supera al de mujeres. Sin embargo, las mujeres a través de los años muestran un aumento sostenido, que en etapa SIDA es discreto, mientras que en etapa VIH el aumento es marcado. Para el año 2012, en etapa SIDA la razón hombre:mujer es 5,8; mientras para VIH es 4,7.

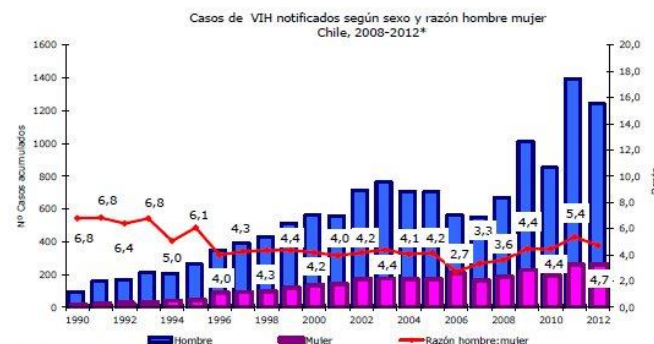
Por su parte, al analizar las notificaciones de VIH y SIDA por grupos de edad, se constata que

CHILE, MARZO 2014.



Fuente: Formulario de notificación VIH/SIDA, Depto Epidemiología, MINSAL

*Información preliminar



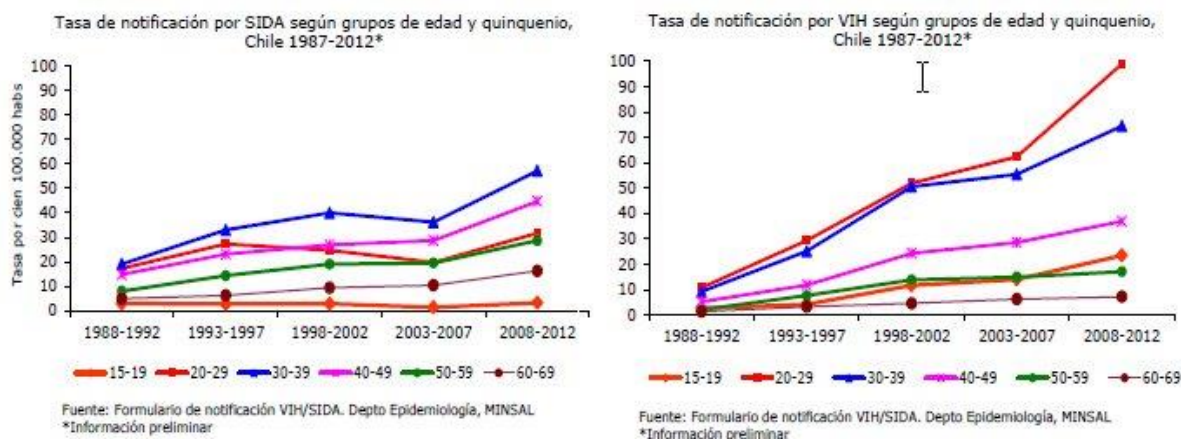
Fuente: Formulario de notificación VIH/SIDA, Depto Epidemiología, MINSAL

*Información preliminar

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

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 (30 a 39 años).

En todos los quinquenios las tasas más altas se registran entre los 30 y 39 años, no obstante, este grupo tiende a estabilizarse durante el último período analizado, donde destacan los tramos de 20 a 29 y de 40 a 49 años como los que más se incrementan.



En cuanto al nivel educacional, en todos los quinquenios predominan las personas con enseñanza media. En el período 2008 – 2012, en VIH la mayor proporción de casos está en personas con educación media (38,5%) y superior (26,8%); mientras que en SIDA, los casos se concentran en población con educación media (37,1%), superior (17,1%) y básica (16,5%).

Casos de VIH y SIDA según nivel de escolaridad, quinquenio y clasificación.

Chile 1987-2012*

Escolaridad	1988-1992		1993-1997		1998-2002		2003-2007		2008-2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIDA										
Pre-escolar	-	-	-	-	-	-	2	0,1	7	0,2
Básica	291	24,5	568	26,9	709	27,7	520	20,3	697	16,5
Media	562	47,3	993	47,1	1135	44,3	1087	42,4	1570	37,1
Superior	226	19,0	371	17,6	436	17,0	474	18,5	760	18,0
Técnica	-	-	-	-	-	-	40	1,6	431	10,2
Ninguna	24	2,0	49	2,3	75	2,9	54	2,1	59	1,4
Desconocido	84	7,1	129	6,1	205	8,0	385	15,0	705	16,7
Total	1187	100	2.110	100	2.560	100	2.562	100	4.229	100
VIH										
Pre-escolar	-	-	-	-	-	-	-	-	8	0,1
Básica	131	22,1	389	22,7	784	22,8	782	18,8	684	10,9
Media	257	43,4	826	48,3	1688	49,2	1933	46,4	2421	38,5
Superior	130	22,0	346	20,2	738	21,5	1026	24,6	1687	26,8
Técnica	0	-	-	-	-	-	48	1,2	854	13,6
Ninguna	5	0,8	34	2,0	56	1,6	60	1,4	43	0,7
Desconocido	69	11,7	116	6,8	168	4,9	320	7,7	593	9,4
Total	592	100	1.711	100	3.434	100	4.169	100	6.290	100

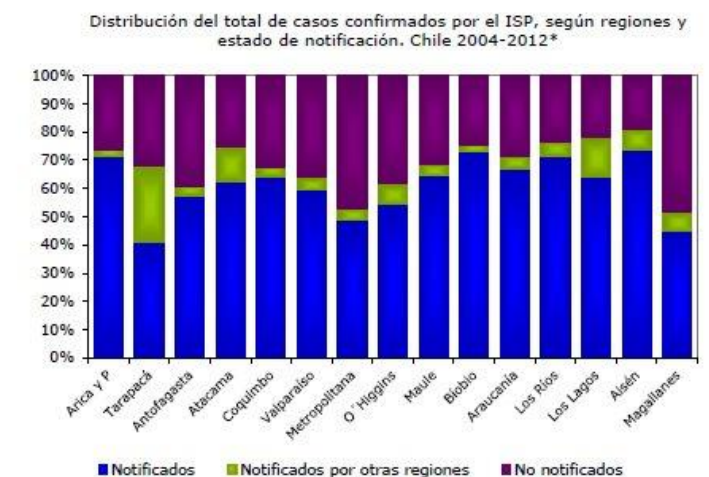
Fuente: Formulario caso VIH/SIDA, Depto Epidemiología, MINSAL

* Información preliminar

3.2.2. Casos confirmados de VIH/SIDA.

El análisis comparado de los casos notificados y el total de exámenes confirmados por el Instituto de salud Pública del país, muestra una brecha entre ambos indicadores, constatándose que el 59% de los exámenes confirmados entre los años 2004 y 2012 se encuentra notificado en el sistema en línea.

La región con menor proporción de casos notificados en la misma región que confirmó el caso, es Tarapacá (41%), Magallanes (45%) y Metropolitana (49%). El resto del país muestra valores sobre el 53% de casos notificados, destacando que las regiones con el mayor porcentaje de notificaciones son Aisen, BíoBío, Arica y Parinacota y Los Ríos todas ellas con porcentajes sobre el 70% de casos confirmados y notificados por la misma región.



3.3. Prevalencia de VIH/SIDA.

3.3.1. Resultados de estudios.

En la Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010 se incluyó el examen de VIH/SIDA, lo que permite contar con datos de prevalencia de la infección generados a partir de un estudio poblacional de tipo transversal. Los resultados indican una prevalencia de 0,21% (IC 0,06% – 0,72%) en personas de 18 a 64 años, sin registrarse diferencias significativas según sexo¹⁵.

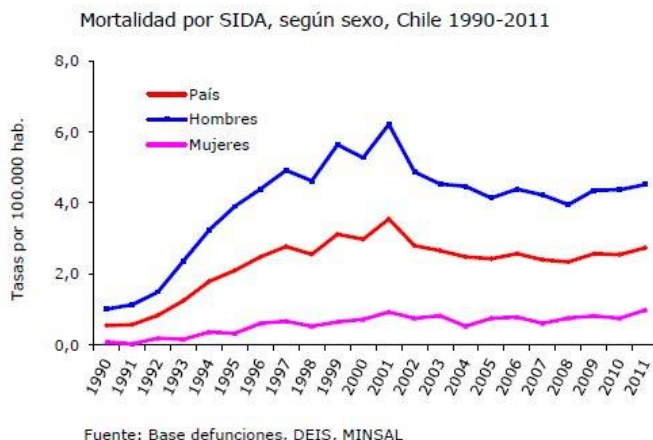
En el año 2009 también se llevó a cabo un estudio de prevalencia de VIH/SIDA en la población de hombres que tienen sexo con hombres (CHIPREV), mediante con el muestreo basado en quienes responden (Respondent Driven Sampling, RDS). Según esta medición, la prevalencia de VIH en la población HSH residente en la Región Metropolitana a la que se logró acceder era de 21,1%, con un intervalo de confianza que va de 12,8% a 30,0%¹⁶.

¹⁵ Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010. V. Resultados. Chile, 2010..

¹⁶ MINSAL – OPS – ONUSIDA – ACCIONGAY – MUMS y RedOSS. Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV. 2008 – 2009.

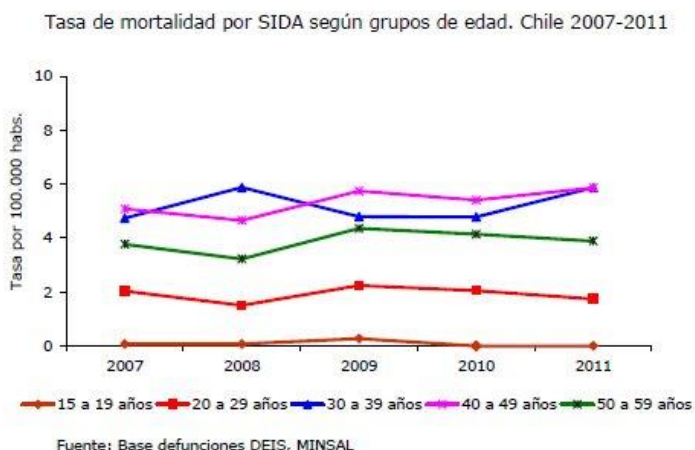
3.4. Mortalidad por SIDA¹⁷

En el período de 1990 a 2011 se produjeron en el país 7.842 defunciones por SIDA, observándose un aumento progresivo de las tasas de mortalidad hasta el año 2001 (donde llega a 3,6 muertes por 100.000 habitantes), mientras que en los últimos nueve años analizados (2002-2011) la mortalidad por SIDA tiende a estabilizarse, observándose una tasa de 2,7 por cien mil habs. en el año 2011.



El 87,0% de las defunciones corresponden a hombres, cuya tasa disminuye de 6,2 a 4,5 por cien mil habs. entre los años 2001 y 2011. En las mujeres las tasas han permanecido estables, llegando en 2011 a 1,1 por cien mil habs. La razón de mortalidad hombre:mujer del año 2011 es de 4,5.

De acuerdo a los grupos de edad, la mortalidad más alta del año 2011 se encuentra entre los 30 y los 59 años.



En relación a la distribución geográfica de las defunciones, en 2011 la tasa de mortalidad por SIDA más elevada se registra en la Región de Arica y Parinacota (7,6 por cien mil habs.), mientras que la tasa más baja corresponde a la región de Los Ríos (0,8 por cien mil habs.).

4. PRINCIPALES ANTECEDENTES SOBRE OTRAS ITS.

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. A continuación se presenta información sobre la situación epidemiológica del país respecto a la Sífilis y la Gonorrea, únicas infecciones de transmisión sexual, que cuentan con un sistema de vigilancia universal y que forman parte de las enfermedades infecciosas de notificación obligatoria.

¹⁷ Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Evolución del VIH/SIDA en Chile 1984 – 2012.

4.1. Sífilis¹⁸.

En Chile la tasa de incidencia de Sífilis ha aumentado desde el año 2007, siendo para el año 2012 de 25 por cien mil hab.

Para el período 2000 - 2011, la tasa de mortalidad se mantiene relativamente estable entre 0,02 y 0,04 por cien mil hab.



Hasta el año 2008 las mujeres tenían tasas de incidencia mayores a la de los hombres, pero a partir del 2009 esta situación se invierte.

En cuanto a la distribución por edad, el mayor número de casos notificados se produce entre los 20 y 34 años de edad.

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 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 1,3%, con una tasa de 0,2 por 1.000 nacidos vivos.

4.2. Gonorrea¹⁹.

En Chile, la tasa de incidencia de gonorrea ha ido en descenso, sin embargo se observa un leve ascenso desde 2010. En el 2012 existe una relativa estabilización con una tasa de 8,4 por cien mil hab. El grupo de edad más afectado es entre los 20 y los 24 años. La mayor proporción de casos notificados corresponde a hombres (86,0%).



En relación a la mortalidad, existen muy pocos casos fallecidos por esta causa, siendo 41 casos acumulados en 11 años analizados.

¹⁸ Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Sífilis. Situación epidemiológica 2012.

¹⁹ Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Gonorrea. Situación epidemiológica 2012.

III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA²⁰.

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.

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/OPS; Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA).
- El principio de Acceso Universal, esfuerzo mundial que pretende el logro de 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.

1.1.2. Principios éticos.

Tanto las políticas como las estrategias de la Respuesta Nacional y del Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS, se sostienen en un conjunto de principios éticos universales enfocados en el bienestar humano, que se han elegido, entendiendo que las propuestas, lineamientos y orientaciones técnicas que se disponen para abordar la epidemia del VIH/SIDA e 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 constituye 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.

²⁰ Para la elaboración de este capítulo se consideraron los documentos de trabajo elaborados por el Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS, así como los estudios y estadísticas que se han detallado en las fuentes consultadas durante el proceso.

- 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 socioeconómico 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.** Los compromisos de gestión con las Autoridades Sanitarias Regionales, los recursos compartidos, la formulación y ejecución de proyectos locales, 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. Una forma de descentralización se expresa en los Planes Regionales de Prevención coordinados por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) en cada Región, adecuados a las realidades epidemiológicas y culturales 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 Servicio Nacional de Drogas y Alcohol Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, ex CONACE), con los Gobiernos Regionales, las Municipalidades, otros organismos del Estado, instituciones públicas y privadas, centros académicos, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias.
- **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 Estrategia Nacional de Salud.

- **Política de modernización del Estado.**

La estrategia de modernización del Estado 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.

- **Estrategia Nacional de Salud.**

Para el período 2011 – 2020 el sector salud ha definido la Estrategia Nacional de Salud²¹, que es el marco de referencia para el accionar en salud y también para la Respuesta Nacional frente a la epidemia. Esta estrategia incluye metas y acciones para el VIH/SIDA y las ITS, que se encuentran incorporadas en dos grandes objetivos:

- Aumentar la prevalencia de conductas sexuales seguras en adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años, activos sexualmente, donde se inserta la promoción del sexo seguro a través de acciones de comunicación social, consejería en salud sexual y reproductiva, y acceso a preservativos, considerando como eje fundamental el desarrollo de políticas intersectoriales.
- Mantener la tasa de mortalidad proyectada por VIH/SIDA, relevando la detección y el ingreso precoz a tratamiento (mediante el aumento de la detección en la población HSH, el inicio oportuno de TARV y la promoción del examen en población de mayor riesgo), la adherencia a control y tratamiento para el incremento de la sobrevivencia, y el fortalecimiento del programa en las Redes Asistenciales, a partir de la actualización periódica del Modelo de Atención Integral y del incremento de horas médicas a nivel secundario.

- **Plan Estratégico Nacional del VIH/SIDA y las ITS para el periodo 2012 – 2016²².**

De manera coherente con los acápites anteriores, el Programa ha generado un Plan Estratégico para el período 2012 – 2016, con sus respectivos Planes Operativos Anuales. Los ejes estratégicos, los resultados esperados con sus metas e indicadores y las líneas de acción, que guiarán la Respuesta Nacional frente a la epidemia durante el próximo quinquenio, responden a la siguiente estructura:

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

- **Ley de Garantías Explícitas en Salud.**

Otro elemento central se refiere a la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES)²³, la que -a partir del 01 de julio de 2005- comprometió la sustentabilidad de cobertura del 100% del tratamiento antiretroviral y los exámenes de monitoreo correspondientes, se incluye también en esta Ley, el acceso a protocolo de prevención de la transmisión vertical del VIH, para el binomio

²¹ Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020.

²² Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional del VIH/SIDA y las ITS, 2012-2016.

²³ Gobierno de Chile. Ley 19.966.

madre-hijo que lo requiere. La Ley garantiza un conjunto de prestaciones en salud, tanto a los beneficiarios del sector público como también del sector privado.

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.

- **Objetivos de Desarrollo del Milenio a ser cumplidos 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 (2011).

- **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 y tecnología 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 bajo.

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

Chile forma parte del Comité Técnico Andino en VIH/SIDA y en la actualidad lo preside. En esta instancia se desarrollan iniciativas que abordan los desafíos comunes en la subregión, entre ellas, la Iniciativa Andina de Acceso a TARV, la Negociación Conjunta para la obtención de precios más accequibles, la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis, la lucha contra la Discriminación hacia Poblaciones más Vulnerables y de Mayor Riesgo, entre otras líneas de trabajo priorizadas.

- **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. Algunos temas priorizados por la Comisión son: VIH/SIDA en las Fronteras, Vigilancia Epidemiológica, Salud Sexual y Reproductiva, Derechos Humanos y Legalidad, entre otros.

- **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. Las metas definidas a cumplir al año 2015, también se han incorporado como metas de la Estrategia Nacional de Salud y de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA.

- **Eliminación de la transmisión vertical del VIH y de la Sífilis**

Chile acogió el llamado de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), suscribiendo el compromiso de eliminar la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis al año 2015. Estos compromisos forman parte también de las metas y líneas de acción nacionales, lo que representa un desafío mayor, pues la estrategia aborda por primera vez en el país, el enfrentamiento conjunto de ambos objetivos.

1.2. Principales actores de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA.

1.2.1. El Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS y los principales referentes en el sector salud.

1.2.1.1. Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS

La Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, del Ministerio de Salud, fue creada el 5 de mayo de 1990. En el año 2011 pasa a institucionalizarse, denominándose Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. El Programa es el organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación y evaluación global del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS en Chile y forma parte de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) de la Subsecretaría de Salud Pública.

Su misión es desarrollar las Políticas Públicas 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.

Sus objetivos estratégicos son:

- Disminuir la transmisión del VIH e ITS a través de estrategias de prevención efectivas en el contexto de los determinantes sociales de salud.
- Disminuir la morbi-mortalidad por VIH/SIDA e ITS, facilitando el acceso oportuno a diagnóstico, control y tratamiento.
- Disponer de información actualizada, oportuna y pertinente para la gestión del Programa.

Los ejes estratégicos, que se desarrollan en el Plan Estratégico para el período 2012-2016, son:

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

1.2.1.2. Otras áreas del Ministerio de Salud.

Si bien el Programa es la instancia que coordina la Respuesta Nacional a nivel estatal, al interior del sector salud existen otros referentes importantes, con los cuales el Programa se coordina y complementa, 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 el 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 ejecuta la Respuesta Regional Integrada de Prevención conformada por los Planes Anuales de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, insertos en los Planes Regionales de Salud Pública, caracterizados por ser intersectoriales, participativos y adecuados al perfil epidemiológico local. Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, tienen también la función de velar y monitorear el cumplimiento de las normativas ministeriales en la materia, tanto a nivel de la Red Asistencial Pública como Privada y de evaluar el impacto de las acciones en el nivel regional. El accionar del nivel regional, se basa en directrices emanadas y monitoreadas desde el nivel central (Programa Nacional).
- Desde otra perspectiva, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y su representación a nivel local dada por los 29 Servicios de Salud, cada uno de los cuales constituye una Red Asistencial, también representa un referente central en cuanto a la atención, el tratamiento y el apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA. Esta tarea asistencial, se ha organizado en 33 Centros de Atención Integral a PVVIH en los 29 Servicios de Salud, a lo largo del país y están insertos en el nivel Secundario de Atención. En las Redes Asistenciales también radica la responsabilidad de las estrategias de promoción y prevención primaria y secundaria que se realizan fundamentalmente en los programas implementados por el nivel de Atención Primaria de Salud (APS).
- 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.
- La Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). Es la instancia encargada de proveer e intermediar la gestión de compras de los establecimientos de la Red Asistencial, actualizando y mejorando la cartera de productos intermediados y servicios de distribución, con el fin de otorgar satisfacción a los usuarios con la entrega completa y oportuna de sus demandas de productos, insumos o servicios. La CENABAST cumple un rol fundamental para el Programa en lo que refiere a provisión de ARV y preservativos para los beneficiarios del sector público de salud.

- Finalmente, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el es asegurador público y cumple la función de garantizar, monitorear y evaluar el cumplimiento del Régimen General de Garantías (GES), asegurando el acceso, oportunidad y protección financiera en la entrega de prestaciones y servicios de salud, para mejorar los estados de salud de la población beneficiaria.

1.3. Organizaciones sociales.

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, pueblos originarios y personas viviendo con VIH/SIDA, entre otras.

Durante el bienio han seguido operando las dos principales 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, generándose además nuevas organizaciones y profundizándose el trabajo con grupos específicos, como los pueblos originarios.

1.4. Agencias de Naciones Unidas.

Las Agencias de Naciones Unidas con presencia en el país, que forman el Equipo Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA, también constituyen una instancia relevante, que presta asistencia técnica y financiera a los diversos actores involucrados en la Respuesta Nacional, además, de ser un actor político central, en áreas de sensibilización y coordinación.

Debe destacarse la participación activa de los representantes de las distintas agencias en actividades como la Consulta de Acceso Universal, así como los proyectos promovidos durante el bienio.

No obstante, se debe consignar también que a finales de 2013 la Oficina para Chile de ONUSIDA fue cerrada, por lo cual la coordinación ahora se realiza desde el extranjero.

1.5. 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 el Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS y otros Ministerios: de Educación (MINEDUC), del Trabajo (MINTRAB), de Justicia (Gendarmería y Servicio Nacional de Menores), de Desarrollo Social (ex Ministerio de Planificación) a través del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), del Interior por intermedio del Servicio Nacional de Drogas y Alcohol Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, ex CONACE), de Secretaría General de Gobierno a través de la División de Organizaciones Sociales y con el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). 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.

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 del Programa Nacional, 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, considerando también las dimensiones generales de vulnerabilidad que las afectan.
- Sociedad, donde se intenta aportar en disminuir la vulnerabilidad, reduciendo el impacto de la inequidad y la desigualdad social.

2.1.1. Gestión de riesgo.

La Gestión de Riesgo corresponde al conjunto de fenómenos involucrados en la toma de decisiones y en la implementación del autocuidado, proceso que comprende distintos momentos:

- 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, ser vulnerable en el contexto del VIH/SIDA y las ITS significa tener poco o ningún control sobre el propio riesgo de adquirir el virus del VIH o una infección de transmisión sexual. En este sentido, la vulnerabilidad se relaciona con las inequidades y desigualdades sociales que determinan el insuficiente control de las personas sobre sus capacidades preventivas. Por su complejidad, el trabajo sobre la vulnerabilidad requiere de una visión multidisciplinaria, y de la construcción de estrategias con modelos flexibles y adecuados a la situación real.

Dado que la vulnerabilidad es el resultado de muchos factores de origen personal y social; se ha utilizado con fines analíticos el Enfoque de las Dimensiones de la Vulnerabilidad, que

permite organizar y articular las diversas variables que participan de la vulnerabilidad de las personas y grupos frente al VIH y las ITS. Las cinco dimensiones fundamentales para analizar esta vulnerabilidad son:

- Dimensión individual, referida a las variables a nivel personal que reducen el control frente a la prevención de las personas como los factores individuales que influyen sobre las actitudes y comportamientos que participan de la capacidad de gestionar el riesgo. Considera los aspectos biológico, relacional y afectivo.
- Dimensión social, que se basa en la idea de la construcción compartida de la realidad social donde las personas desarrollan sus valores, creencias, actitudes y conductas. Esta dimensión se focaliza en el análisis de 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. Además del género, otras variables relevantes que definen la posición de las personas en la sociedad, son el nivel socioeconómico, la edad y la etnia, entre otras.

2.2. Niveles de trabajo y acciones en prevención.

El Rol del Programa frente a la Prevención del VIH/SIDA y las ITS, se ha definido como el de “Facilitar procesos de aprendizaje de la gestión del riesgo, en las personas y en los grupos de personas, apoyando el desarrollo de destrezas y habilidades de cada una de ellas, para que lleven el proceso a cabo en plena libertad”.

El Plan Estratégico, 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 de Prevención

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, así como el acceso a recursos y servicios preventivos disponibles.

Los objetivos específicos de la Respuesta Regional Integrada de Prevención consideran:

- Desarrollar Iniciativas Focalizadas de Prevención, centradas en poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo, acordes a la realidad epidemiológica y sociocultural de la región, priorizando las unidades de intervención y las acciones más pertinentes.
- Mantener acciones comunitarias y de comunicación dirigidas a la prevención en la población general de la región.
- Articular la red de servicios y recursos preventivos existente en la región con las iniciativas de prevención desarrolladas, aumentando su potenciación y sinergia.

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 CETS²⁴. 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 PRAIS²⁵).
- 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 inició 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. En el año 2003 se alcanzó la cobertura del 100% de las necesidades terapéuticas 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 comprometió la sustentabilidad legal de cobertura del 100% de la terapia 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.
- Mantención de un 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, 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.

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:

²⁴ CDT: Centro de diagnóstico terapéutico. CAE: Consultorio Adosado de Especialidades. CETS: Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual. Policlínicos adosados a Hospitales tipo 4.

²⁵ FONASA: Fondo Nacional de Salud. PRAIS: Programa de Reparación en Atención Integral en Salud y Derechos Humanos.

- 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 gratuidad a los beneficiarios del sector público (FONASA y PRAIS) y un co-pago de hasta un 20% del costo total del esquema terapéutico y exámenes de monitoreo, a los beneficiarios del seguro privado de salud (ISAPRE).

3.4. Protocolo de tratamiento.

El tratamiento de las personas adultas y pediátricas que viven con VIH/SIDA en Chile, se encuentra protocolizado en la Guía Clínica y en la Norma Técnica de las Garantías Explícitas en Salud (GES), la que es actualizada periódicamente (por última vez el año 2013).

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 consentimiento informado. En forma complementaria, la Norma de Prevención de Transmisión Vertical del VIH y la sífilis (2012), establece el protocolo de Prevención de Transmisión Vertical que se aplica a las embarazadas que resultan positivas a cualquiera de ambas enfermedades 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 a través de la Ley 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 llegan al parto no habiendo controlado su embarazo y/o no habiéndose testado previamente. También incluye sucedáneos de la leche materna, para todos los niños hijos de madres VIH+.

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 el Fondo Nacional de Salud, se transfieren recursos financieros para que los Servicios de Salud los adquieran 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. PRINCIPALES LOGROS DEL PERÍODO Y MITIGACIÓN DEL IMPACTO.

Las estrategias detalladas en la sección anterior, han presentado una serie de avances y logros durante el último bienio, que son identificados a continuación.

4.1. Principales logros en prevención durante los años 2012 – 2013

- Implementación y monitoreo de los Planes Regionales de Prevención del VIH/SIDA e ITS, desarrollados por las quince regiones del país, a partir de un proceso participativo e intersectorial, que incorpora proyectos destinados a población general y focalizada.
- Diseño y emisión de dos campañas de comunicación social, difundidas a nivel nacional a través de medios de comunicación, transporte y vía pública.

- Elaboración y difusión de material educativo sobre prevención de VIH/SIDA para diferentes poblaciones (HSH, mujeres, transgéneras, trabajadoras/es sexuales y transmisión vertical).
- Elaboración de directrices nacionales y orientaciones técnicas para el enfoque integrado de promoción de la salud sexual y la prevención del VIH/SIDA y las ITS en jóvenes, y del embarazo adolescente.
- 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 y personas privadas de libertad.
- Fortalecimiento del trabajo intersectorial a través de la firma de convenios con otras reparticiones públicas: INJUV, Ministerio de Transporte, CONADI, SERNAM, SENAME, Ministerio de Defensa. Además, en el año 2013, se logró firmar un convenio de trabajo con la Asociación de Municipalidades de Chile para el trabajo en promoción de salud sexual y prevención del VIH/ SIDA y las ITS.
- Implementación de cápsulas educativas destinadas a profesionales de la Red Asistencial de Salud Pública en consejería para la promoción de salud sexual y prevención del VIH/ SIDA e ITS y en diversidad sexual y no discriminación.

4.2. Principales logros en atención, tratamiento y apoyo durante los años 2012 – 2013.

- Mantención de la oferta de 100% de tratamiento antiretroviral y exámenes de monitoreo para las personas con VIH/SIDA.
- Actualización e implementación de la Guía Clínica para la Atención en VIH/SIDA.
- Disponibilidad de política y normativa para el abordaje conjunto para la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis.
- Capacitación a equipos de atención para la implementación de la “Vía Clínica para la Adecuación Corporal en Personas con Incongruencia entre Sexo Físico e Identidad de Género”.
- Elaboración y difusión de material educativo sobre la coinfección, hepatitis-VIH, TBC-VIH, sífilis-VIH.
- Implementación de cápsulas educativas destinadas a profesionales de la Red Asistencial de Salud Pública de diagnóstico y tratamiento y transmisión vertical del VIH y la sífilis.

4.3. Principales logros en planificación, monitoreo e investigación durante los años 2012 – 2013.

- Seguimiento de indicadores en salud sexual y VIH/SIDA en la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020, en los ámbitos de la promoción, prevención y atención.
- Elaboración del Plan Estratégico Nacional 2012-2016 y sus planes operativos 2012 y 2013.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

- Definición de una matriz de indicadores para el monitoreo y la evaluación de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA y las ITS.
- Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la normativa sobre la comunicación de resultados del examen de VIH a los usuarios del sistema público de salud con serología positiva. Implementación de sistema único de registro – SURVIH.
- Estudio de gasto en VIH/SIDA en Chile para los años 2011 y 2012, mediante metodología MEGAS.
- Generación de proyecto y consecución del financiamiento para la validación del uso de pruebas rápidas en sangre.
- Inicio de estudios de prevalencia de VIH asociados a factores sociocomportamentales en trabajadoras sexuales adultas y poblaciones móviles (camioneros, mineros).
- Inicio de investigación de caracterización de mujeres recientemente diagnosticadas con VIH/SIDA.
- Desarrollo de estudio sobre elaboración de índice de riesgo de abandono/ falla a la adherencia de TARV en personas que viven con VIH.
- Elaboración de protocolo de investigación para medir la resistencia primaria a los antirretrovirales y la resistencia transmitida.

4.4. Principales logros desde otros sectores del Estado y del trabajo intersectorial durante los años 2012 – 2013.

- Desde el Ministerio del Trabajo (MINTRAB) se desarrolló un proceso conjunto con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definiendo una política de salud sexual y prevención del VIH/SIDA e ITS en trabajadores del transporte, la que se ha plasmado en distintas actividades.
- Se firmó renovación del Convenio Marco existente desde el año 2002 entre Gendarmería de Chile del Ministerio de Justicia y el Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS, para la prevención y atención de las personas privadas de libertad.
- El Servicio Nacional de Menores (SENAME) con asesoría técnica del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, elaboró “Recomendaciones Técnicas para la Prevención del VIH y las ITS y la Coordinación para la Atención en el Sistema Público de Salud”, documento de apoyo a los equipos técnicos de la Red SENAME instalados en todas las regiones del país, que ya se encuentra en uso..
- El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) generó políticas y realizó campañas comunicacionales para prevenir la violencia contra la mujer.

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 y, para muchos de ellos no se cuenta con mediciones nuevas respecto al período precedente, existen algunos antecedentes posibles de comentar.

4.5.1. Acceso al examen de VIH.

- Respecto al acceso al examen de VIH, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009 – 2010²⁶, indica que el 31,9% de las personas iniciadas sexualmente de este grupo etario afirma haberse hecho el examen de VIH.
- La ENS 2009 – 2010, por primera vez también permite conocer información sobre el acceso al examen en población adulta. El porcentaje total de la muestra que afirma haberse realizado alguna vez este screening es de 27,3%, cifra que asciende a 44,0% al considerar solamente al tramo de 15 a 49 años iniciado sexualmente, siendo este porcentaje mucho más alto en las mujeres (55,1%) que en los hombres (27,3%), ello se asocia fundamentalmente al embarazo.
- En los hombres que tienen sexo con hombres, la última medición señala que un 25,0% de los encuestados se ha realizado el examen en los últimos 12 meses y conoce sus resultados²⁷.
- En las trabajadoras sexuales los datos disponibles reflejan un alto porcentaje de realización del examen (85,0%)²⁸.

4.5.2. Comportamiento sexual.

- En cuanto a la cantidad de parejas sexuales durante el último año, la ENS 2009 – 2010 registra un 88,0% de personas de 15 a 49 años, iniciadas sexualmente, que afirma haber tenido sólo una pareja sexual (81,1% en los hombres y 92,8% en las mujeres).
- En los jóvenes de 15 a 29 años iniciados sexualmente, el porcentaje baja a 83,3% (74,1% en hombres y 89,6% en mujeres), registrándose un 16,7% de personas que declara haber tenido más de una pareja sexual durante los últimos 12 meses.
- Complementariamente, el 55,3% de las personas de 15 a 49 años que se clasifica como multipareja durante el último año (más de una pareja sexual) señala haber utilizado preservativo en el mismo período, sin embargo, no se cuenta con el dato respecto al uso siempre o en la última relación sexual²⁹.
- El uso de preservativo en el último año (uso alguna vez), sin considerar la cantidad de parejas sexuales, llega a un 25,3% de las personas de 15 a 49 activas sexualmente durante ese período, cifra que asciende a 41,8% en el grupo de 15 a 29 años³⁰.

²⁶ Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010. Análisis de base de datos.

²⁷ Ministerio de Salud – ONUSIDA – OPS – ACCIONGAY – MUMS y RedOSS. Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV. 2008 – 2009.

²⁸ Demoscópica – CONASIDA. Estudio de Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas. 2006.

²⁹ Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica, Universidad Alberto Hurtado. Op cit.

³⁰ Op cit.

- En el caso de la iniciación sexual de los jóvenes de 15 a 24 años, el uso de preservativo reportado en la ENS 2009 – 2010 es de 42,6%.
- Los datos disponibles sobre hombres que tienen sexo con hombres muestran un 55,8% de uso de preservativo en el último coito anal con una pareja masculina³¹.
- En las trabajadoras sexuales el uso de condón con el último cliente llega 72,5%³².

4.5.3. Conocimiento sobre VIH/SIDA.

- En el caso de los hombres que tienen sexo con hombres, los resultados del estudio CHIPREV 2008 – 2009 muestran que el 64,5% de los encuestados identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre su transmisión.

4.5.4. Prevalencia de VIH/SIDA.

- Como se ha señalado previamente, la ENS 2009 – 2010 consideró el examen de VIH, registrándose una prevalencia de 0,21% en personas de 18 a 64 años.
- Respecto a los hombres que tienen sexo con hombres, el último estudio de prevalencia registra una prevalencia de 21,1% en la Región Metropolitana³³.
- En relación a los/as trabajadores/as sexuales, se obtiene un 0,32% en 2010 y un 0,26% en 2011. No obstante, este dato es estimado y sólo corresponde a la Región Metropolitana, ya que no se dispone de estudios de prevalencia en esta población.

4.5.5. Cobertura de tratamiento antirretroviral.

- 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 absolutos, la cantidad aumenta de 14.356 en 2010 a 15.617 en 2011 y a 22.706 en 2012³⁴.
- En el caso de las mujeres embarazadas, al comparar los años 2011 y 2012 se observa un aumento, pasando de 123 mujeres con protocolo para prevenir la transmisión vertical en 2011 a 157 en 2012³⁵.

4.5.6. Transmisión vertical.

- 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 2011 indican una transmisión de 5,6%, mientras en 2012 es de 3,2%³⁶.

³¹ Ministerio de Salud – ONUSIDA – OPS – ACCIONGAY – MUMS y RedOSS, op cit.

³² Demoscópica – CONASIDA, op cit.

³³ Ministerio de Salud – ONUSIDA – OPS – ACCIONGAY – MUMS y RedOSS, op cit.

³⁴ Ministerio de Salud. Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS. 2013.

³⁵ Ministerio de Salud. Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS. 2011 y 2012.

³⁶ Cálculos en base a datos del Instituto de Salud Pública 2011 y 2012.

4.5.7. Sobrevida y mortalidad.

- 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 sobrevida 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 período³⁷. 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 pasando de 3,5 en 2001 a 2,7 en 2011³⁸.

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

Para dar cuenta de la información consignada en la plataforma online, se entrega el detalle de la información ingresada en cada uno de los indicadores reportados.

Es pertinente señalar que hay información que se repite, sobretudo en el ámbito de los estudios e investigaciones, donde no se han generado nuevos resultados.

A nivel de diseño, todos los indicadores sin información nueva son reportados con la misma estructura de tabla del informe 2012, formato que cambia levemente aquellos que consignan datos nuevos.

5.1. Indicadores no reportados.

De acuerdo a lo señalado en la tabla resumen, de los 69 indicadores reportables por el país, se entrega información para 45 de ellos. Los indicadores respecto a los cuales no se entrega información para Chile corresponden a 24.

³⁷ Evaluación del impacto del tratamiento antirretroviral en Chile. Informe post 5° año de estudio y seguimiento. Diciembre 2008.

³⁸ Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Evolución del VIH/SIDA en Chile 1984 – 2012.

5.2. Indicadores del Objetivo 1: Reducir un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015³⁹.

5.2.1. Indicadores para la población general.

INDICADOR 1.1	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de mujeres y hombres 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 VIH.	

Medición		
Numerador	Número de encuestados de 15 a 24 años de edad que contestó correctamente a las 5 preguntas.	3.439
Denominador	Número total de encuestados de 15 a 24 años de edad.	6.522
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	Varones	Mujeres
52,73%	48,00%	57,01%

Comentarios	
- La Encuesta Nacional de Juventud es realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), dependencia estatal dedicada al tema jóvenes. - No se dispone de mediciones más recientes. - 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.	

³⁹ Los datos correspondientes a encuestas no están expandidos.

INDICADOR 1.2	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.	85
Denominador	Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad.	803
Fuente	Segunda Encuesta Nacional de Salud (ENS) (MINSAL 2009 – 2010), aplicada a una muestra de 5.293 personas de 15 y más 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
10,58%	14,01% (51/364)	7,74% (34/439)	9,92% (40/403)	11,25% (45/400)

Comentarios
• La Encuesta Nacional de Salud es realizada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. • La medición contempla población de 15 y más años. • Para efectos del indicador se filtró la población de 15 a 24 años. • Los datos proporcionados corresponden a la pregunta “¿A qué edad tuvo su 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 803 personas de 15 a 24 años encuestadas, 85 afirman haber tenido su primera relación sexual penetrativa antes de los 15 años de edad, lo que equivale al 10,58% de la muestra de este tramo de edad. Por otra parte, al considerar solamente a quienes se han iniciado sexualmente (521 casos), el 16,31% de ellos tuvo su primera relación sexual penetrativa antes de los 15 años (22,47% de los hombres y 11,56% de las mujeres). • De forma complementaria, puede señalarse que la cifra registrada en la Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009), indica un 10,66% para este indicador, dato que fue reportado en el Informe UNGASS 2010.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.3	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de personas 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.	278
Denominador	Número total de entrevistados de 15 a 49 años de edad.	3.039
Fuente	Segunda Encuesta Nacional de Salud (ENS) (MINSAL 2009 – 2010), aplicada a una muestra de 5.293 personas de 15 y más 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
9,15%	14,35% (179/1247)	5,52% (99/1792)	10,67% (43/403)	12,25% (49/400)	8,32% (186/2236)

Comentarios	
- La Encuesta Nacional de Salud es realizada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. - La medición contempla población de 15 y más años. - Para efectos del indicador se filtró la población de 15 a 49 años. - Los datos proporcionados corresponden a la pregunta “¿con cuántas personas ha tenido 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. - Los datos indican que de 3.039 personas de 15 a 49 años encuestadas, 278 afirman haber tenido más de una pareja sexual durante el último año, lo que equivale al 9,15% de la muestra de este tramo de edad. Por otra parte, al considerar solamente a quienes tuvieron relaciones sexuales en ese periodo (2.323 casos), el 11,97% de ellos tuvo dos o más parejas durante los últimos 12 meses (18,92% de los hombres y 7,19% de las mujeres).	

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.4	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de personas 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.	153
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.	278
Fuente	Segunda Encuesta Nacional de Salud (ENS) (MINSAL 2009 – 2010), aplicada a una muestra de 5.293 personas de 15 y más 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
55,03%	56,98% (102/179)	51,51% (51/99)	72,09% (31/43)	69,39% (34/49)	47,31% (88/186)

Comentarios
- La Encuesta Nacional de Salud es realizada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. - La medición contempla población de 15 y más años. - Para efectos del indicador se filtró la población de 15 a 49 años. - Los datos proporcionados corresponden a la pregunta “¿ha usado preservativo o condón en los últimos 12 meses?, opción si”. No se dispone de la pregunta por la última relación sexual ni por el uso siempre. - 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. - Los datos indican que de 278 personas de 15 a 49 años que tuvieron más de una pareja sexual durante el último año, 153 afirman haber usado preservativo en ese período, lo que equivale al 55,03% de ese grupo de la muestra. - 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), y que incluyó la opción “uso siempre” indica que los resultados globales son de 28,15% (17,78% en mujeres y 30,22% en hombres).

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.5	Indicador pertinente y reportado
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.	1.122
Denominador	Número de encuestados de 15 a 49 años de edad.	3.039
Fuente	Segunda Encuesta Nacional de Salud (ENS) (MINSAL 2009 – 2010), aplicada a una muestra de 5.293 personas de 15 y más 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
36,92%	22,37% (279/1247)	47,04% (843/1792)	8,68% (35/403)	32,75% (131/400)	42,75% (956/2236)

Comentarios
- La Encuesta Nacional de Salud es realizada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. - La medición contempla población de 15 y más años. - Para efectos del indicador se filtró la población de 15 a 49 años. - Los datos proporcionados corresponden a la pregunta “¿se ha hecho alguna vez el examen 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 y no se cuenta con la pregunta para 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. - Los datos indican que de 3.039 personas encuestadas de 15 a 49 años, 1.122 se han realizado el examen de detección del VIH (36,92%). Por otra parte, al considerar solamente a quienes están iniciados sexualmente (2.551 casos), el 43,98% se ha hecho el examen alguna vez en la vida (27,33% de los hombres y 55,10% de las mujeres). - De forma complementaria, puede señalarse que la cifra registrada en la Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009), indican un 30,14% para este indicador en jóvenes de 15 a 29 años, dato que fue reportado en el Informe UNGASS 2010.

5.2.2. Indicadores para profesionales del sexo.

INDICADOR 1.7	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención del VIH.	

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%	Sin información.	42,50%	60,87% (14/23)	38,14% (37/97)

Comentarios
- 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. - No existen mediciones más recientes. - 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 2012, 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 1.8	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente.	

Medición		
Numerador	Número de encuestadas TS que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente en los últimos 12 meses.	87
Denominador	Número de encuestadas TS 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%	Sin información.	72,50%	73,91% (17/23)	72,16% (70/97)

Comentarios	
- 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. - No existen mediciones más recientes. - 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.	

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.9	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	

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%	Sin información.	85,0%	91,30% (21/23)	83,50% (81/97)

Comentarios
- 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. - No existen mediciones más recientes. - 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%).

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.10	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH.	

Medición		
Numerador	Número de TS cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo.	5
Denominador	Número de TS que se sometieron a la prueba del VIH.	1.497
Fuente	Registros de establecimientos de atención de comercio sexual de la Región Metropolitana (capital del país).	

Resultados		
Global	Según sexo	Según edad
0,33%	No disponible.	No disponible.

Comentarios
- El numerador se obtiene a partir del registro de seis establecimientos de atención de trabajadores/as sexuales de la Región Metropolitana y se refiere a la cantidad de exámenes realizados en trabajadores/as sexuales con resultado positivo confirmado durante el año 2011 (5). - El denominador lo entrega la estadística de Control de Salud Sexual generada por el Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA e ITS y corresponde a la cantidad de trabajadoras y trabajadores sexuales en control en los seis centros de atención de la Región Metropolitana durante el año 2012 (1.932). - 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 los mismos centros de atención 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.

5.2.3. Indicadores para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

INDICADOR 1.11	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH.	

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
- 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. - No existen mediciones más recientes. - 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 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 2012- 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.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.12	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 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.	263
Denominador	Número de entrevistados hombres que tienen relaciones sexuales con hombres 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%	55,4%	No corresponde.	49,67% (151/304)	67,07% (112/167)

Comentarios
- 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. - No existen mediciones más recientes. - 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 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 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 55,4% de la muestra. - La medición consideró relaciones sexuales durante los últimos doce meses, por lo que no se dispone de información exacta sobre los últimos seis meses.

INDICADOR 1.13	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	

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
- 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. - No existen mediciones más recientes. - 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 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 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, 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.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.14	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH.	

Medición		
Numerador	Número de HSH que dieron positivo en la prueba del VIH.	95
Denominador	Número de 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
- 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. - No existen mediciones más recientes. - 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 2012- 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. - 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.

5.2.4. Pruebas de detección de VIH y orientación.

INDICADOR 1.16	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Número de mujeres y hombres mayores de 15 años a los que se les realizó la prueba de detección del VIH, recibieron orientación en los últimos 12 meses y conocen el resultado.		

Medición	
Lo que mide	El número de personas a partir de los 15 años de edad en quienes se realizó la prueba de detección del VIH y recibieron orientación sobre la infección por el VIH por conducto de cualquier método o entorno en los últimos 12 meses y conocen el resultado.
Fuente	REM Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2012.

Resultados			
Global	15-19	20-24	25+
28.505	3.957	7.225	17.323

Comentarios sobre los datos	
- El indicador reportado corresponde al año 2012. - No se dispone de datos ni estimaciones sobre el sistema privado.	

5.2.5. Infecciones de transmisión sexual.

INDICADOR 1.17.1	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis.		

Medición		
Numerador	Número de mujeres a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis en la primera consulta de atención prenatal.	135.384
Denominador	Número de mujeres que acuden a la primera consulta de atención prenatal.	158.002
Fuente	REM Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2012.	

Resultados	
Global	85.7%

Comentarios sobre los datos
• El indicador reportado corresponde al año 2012. • No se dispone de datos ni estimaciones sobre el sistema privado. • El numerador se refiere a exámenes (RPR y VDRL) procesados a gestantes en el primer trimestre de embarazo. • El denominador corresponde al número de gestantes ingresadas a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo. Por normativa, todas las gestantes deben ser testeadas para sífilis al ingreso, con RPR o VDRL.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.17.2	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis.		

Medición		
Numerador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal con un resultado positivo en la prueba de detección de la sífilis.	148
Denominador	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de la sífilis.	187.520
Fuente	- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las ITS, 2012. - REM Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2012.	

Resultados	
Global	0,10%

Comentarios sobre los datos
- El indicador reportado corresponde al año 2012. - No se dispone de datos ni estimaciones sobre el sistema privado. - El numerador corresponde a la totalidad de gestantes notificadas, es decir, casos confirmados como sífilis según normativa, para el año 2012. - El denominador corresponde al número de gestantes ingresadas a control prenatal durante el año que se informa, en el Sistema Público de Salud. - No se dispone de la información según los grupos de edad solicitados.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.17.4	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa.		

Medición		
Numerador	Número de profesionales del sexo con un resultado positivo para la sífilis activa.	783
Denominador	Número de profesionales del sexo a los que se realizó la prueba de detección para la sífilis activa.	11242
Fuente	REM Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2012.	

Resultados	
Global	7,0%

Comentarios sobre los datos
• El indicador reportado corresponde al año 2012. • No se dispone de datos ni estimaciones sobre el sistema privado. • El numerador se refiere a exámenes de tamizaje (RPR y VDRL) que resultaron reactivos para sífilis realizados en profesionales del sexo que asisten a control en los centros de salud sexual del Sistema Público de Salud. • El denominador se refiere al total de exámenes de tamizaje para sífilis (RPR y VDRL) procesados en profesionales del sexo que asisten a control en los centros de salud sexual del Sistema Público de Salud.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.17.6	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los 12 últimos meses.		

Medición		
Numerador	Número notificado de adultos con sífilis durante el período de notificación.	4.289
Denominador	Número de personas de 15 años y mayores, según el PNUD.	
Fuente	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las ITS, 2012.	

Resultados		
Global	Hombres	Mujeres
	2284	2005

Comentarios sobre los datos	
El indicador reportado corresponde al año 2012.	

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.17.7	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses.		

Medición		
Numerador	Número de casos de sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los 12 últimos meses.	55
Denominador	Número de nacidos vivos.	248.879
Fuente	• Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las ITS, 2012. • Registro de nacidos vivos inscritos y corregidos, INE, 2011.	

Comentarios sobre los datos
• El indicador reportado corresponde al año 2012.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 1.17.8	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses.		

Medición		
Numerador	Número notificado de hombres con gonorrea durante el período de notificación.	1.258
Denominador	Número de hombres mayores de 15 años de edad, según el PNUD.	
Fuente	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las ITS, 2012.	

Resultados	
Global	%

Comentarios sobre los datos
El indicador reportado corresponde al año 2012.

5.3. Indicadores del Objetivo 3: Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el SIDA.

INDICADOR 3.1	Indicador GARPR y AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibe medicamentos ARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.		

Medición		
Numerador	Numero de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovíricos durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión materno infantil durante el embarazo y el parto.	157
Denominador	Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses.	171
Fuente	- Base de datos Ministerio de Salud, año 2012. - REM Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2012.	

Resultados		
Global	Iniciaron de la terapia antirretrovírica durante el embarazo	108
91,81%	Ya seguían la terapia antirretrovírica antes del embarazo actual	49

Comentarios sobre los datos
- El indicador reportado corresponde al año 2012. - No se dispone de datos ni estimaciones sobre el sistema privado. - No se dispone de información desagregada por tipo de terapia. - En Chile, existe Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, que incluye detección de la infección en el período de gestación a partir del segundo control de embarazo. El Protocolo medicamentoso incluye triterapia a partir de las 24 semanas de gestación para todas, o antes si la gestante lo requiere por su propio estado de salud. - La información del numerador se obtuvo de los registros existentes en los Centros de Atención de VIH, lugar al que son referidas todas las gestantes que resultan positivas al VIH. - El denominador corresponde a la estimación del número de gestantes seropositivas al VIH, el cual se obtuvo aplicando la prevalencia de VIH obtenida en el total de las mujeres testeadas en el sector público de salud al total de las mujeres que ingresaron a control prenatal durante el año, cifra que se acercaría al total de embarazadas y al número de gestantes seropositivas.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 3.2	Indicador GARPR y AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento.		

Medición		
Numerador	Número de lactantes que recibió una prueba del VIH en los dos primeros meses de vida, durante el periodo de notificación. Los bebés a los que se les haya hecho la prueba se cuentan solo una vez.	155
Denominador	Número de embarazadas seropositivas en los últimos 12 meses.	171
Fuente	Registro del Instituto de Salud Pública, 2012.	

Resultados		
Global	Resultados de la prueba – positivo	5
97,48%	Resultados de la prueba – negativo	149
	Resultados de la prueba – indeterminado	5

Comentarios sobre los datos	
- La fuente de información es el registro de laboratorio donde se realiza el estudio completo de todos los hijos nacidos de madres VIH+, que en Chile corresponde al Instituto de Salud Pública (ISP). - El indicador reportado corresponde al año 2012. - De acuerdo a la norma nacional la primera muestra para el estudio diagnóstico de los niños hijos de madres VIH es dentro de las primeras 48 horas post nacimiento. - El numerador corresponde al total de hijos nacidos de madres VIH en el año 2012 y cuyo primer examen fue antes de los 2 meses de vida. - El denominador corresponde a la estimación del número de gestantes seropositivas al VIH, el cual se obtuvo aplicando la prevalencia de VIH obtenida en el total de las mujeres testeadas en el sector público de salud al total de las mujeres que ingresaron a control prenatal durante el año, cifra que se acercaría al total de embarazadas y al número de gestantes seropositivas.	

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 3.3	Indicador GARPR y AU	Indicador pertinente y reportado con información aproximada
Transmisión materno infantil del VIH (modelada): Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses.		

Medición		
Numerador	Número estimado de nuevos casos de niños seropositivos debido a la transmisión materno infantil entre los niños nacidos de madres seropositivas en los últimos 12 meses.	9
Denominador	Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses.	171
Fuente	- Base de datos Ministerio de Salud, año 2012. - REM Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2012. - Registro del Instituto de Salud Pública, 2012.	

Resultados	
Global	5,30%

Comentarios sobre los datos
- Los datos fueron calculados utilizando distintas fuentes de información existentes en el país (sector público). Hijos de madres VIH confirmados, embarazadas testadas y su prevalencia, embarazadas que ingresaron a control prenatal. - El indicador reportado corresponde al año 2012. - Para el cálculo no se utiliza SPECTRUM, ya que sus resultados están en proceso de validación. - El indicador se refiere sólo al sistema de salud pública, ya que no se dispone de información del sector privado. - El numerador corresponde a la estimación del número de niños nacidos con VIH, para su cálculo se considera: Niños estudiados, confirmados y conocidos con infección por VIH (2 niños), a los cuales se agrega el número de niños cuyas madres no fueron testeadas, a las cuales se aplica la prevalencia observada en embarazadas testeadas, para obtener el número de gestantes VIH+ no diagnosticadas, que en teoría tendrían hijos seropositivos en una proporción cercana al 30% (6 niños). Ello pues, al no ser diagnosticadas no habrían sido tratadas para evitar la transmisión a sus niños. - El denominador corresponde a la estimación del número de gestantes seropositivas al VIH, el cual se obtuvo aplicando la prevalencia de VIH obtenida en el total de las mujeres testeadas en el sector público de salud al total de las mujeres que ingresaron a control prenatal durante el año, cifra que se acercaría al total de embarazadas y al número de gestantes seropositivas.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 3.4	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH).		

Medición		
Numerador	Número de embarazadas cuyo estado serológico con respecto al VIH se conoce.	157.055
Denominador	Número estimado de embarazadas en los últimos 12 meses.	175.825
Fuente	• REM Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2012.	

Resultados		
Global	Numerador: Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH en los 12 últimos meses y que recibieron el resultado, ya sea durante el embarazo, el parto o el período posparto (≤ 72 horas), incluidas aquellas cuyo estado serológico se conocía previamente.	
89,32%	Número total de embarazadas a las que se les realizó la prueba (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas)	167.138
	Número total de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas)	157.055
	Número total de embarazadas que tuvieron un resultado positivo (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas)	128
	a) Número total de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal a quienes se les realizó la prueba de detección del VIH durante la atención prenatal y recibieron el resultado o sabían que eran seropositivas.	
	Número total de embarazadas a las que se les realizó la prueba (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas)	160.097
	Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas)	150.014
	Número de embarazadas que tuvieron un resultado positivo del total anterior (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas)	125
	a.i) Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal cuyo estado serológico con respecto al VIH no se conocía a las que se les realizó la prueba de detección y que recibieron el resultado	
	Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba	160.048
	Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado	149.965

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

	Embarazadas seropositivas para el VIH del total a las que se les realizó la prueba	76
	a.ii) Número de embarazadas con un estado seropositivo para el VIH conocido que acudieron a servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo.	
	Número de embarazadas seropositivas para el VIH	49
	b) Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención del parto cuyo estado serológico se desconocía a las que se les realizó la prueba durante el parto y que recibieron el resultado	
	Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba	7041
	Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado	7041
	Embarazadas seropositivas para el VIH del total a las que se les realizó la prueba	3
	c) Número de mujeres con estado serológico desconocido con respecto al VIH que acudieron a servicios de posparto en las 72 horas siguientes al parto a las que se les realizó la prueba de detección y que recibieron el resultado.	
	Número de mujeres a las que se les realizó la prueba	sd
	Número de mujeres a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado	sd
	Mujeres seropositivas para el VIH del número anterior	sd

Comentarios sobre los datos

- El indicador reportado corresponde al año 2012.
- El numerador se ha calculado sobre la base de los exámenes VIH realizados a las gestantes durante el control prenatal y en el parto, a las que se agregó el número de embarazadas que conocían su serología previo al actual embarazo. A este total se aplicó el porcentaje obtenido del sistema de monitoreo programático que se realiza periódicamente por parte del Programa Nacional, a los casos confirmados de VIH que han recibido el resultado de su serología. El último dato disponible de este monitoreo corresponde al año 2011 y alcanzó a un 93,7% de personas informadas de su situación. Este, aplicado al total de embarazadas testeadas, da un total de 149.965 gestantes que conocen su resultado. A ellas se agregan, 49 que conocían su serología previamente y 7.041 que se testearon durante el parto (en las que se asume se les informó su resultado).
- El denominador, corresponde al total de partos y abortos registrados durante el año 2012, por estimarse que representa una cifra cercana al total de embarazos ocurridos durante el año informado.

INDICADOR 3.6	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4.		

Medición		
Numerador	Número de embarazadas seropositivas para el VIH que en los 12 últimos meses han sido evaluadas mediante estadificación clínica o análisis de linfocitos CD4 para determinar si son aptas para recibir tratamiento antirretroviral, ya sea en el centro o mediante derivación.	76
Denominador	Número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH en los 12 últimos meses.	
Fuente	- Base de datos Ministerio de Salud, año 2012. - REM Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2012.	

Resultados	
Global	

Comentarios sobre los datos
- El indicador reportado corresponde al año 2012. - Los datos que conforman el indicador corresponden sólo al Sistema Público de Salud. - El numerador corresponde al número de gestantes que fueron diagnosticadas durante el embarazo actual como seropositivas al VIH, que ingresaron a los Centros de Atención de VIH establecidos en la Red Asistencial del País y que fueron evaluadas para determinar sus requerimientos terapéuticos. - El denominador corresponde a la estimación realizada en el país del número de gestantes seropositivas al VIH (spectrum), proceso que está en etapa de validación.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 3.7	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de lactantes nacidos de madres infectadas con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas de vida (es decir, transmisión durante el puerperio, alrededor de las 6 semanas de vida).		

Medición		
Numerador	Número de lactantes nacidos de mujeres con VIH durante los últimos 12 meses que recibieron profilaxis antirretroviral para reducir la transmisión maternoinfantil temprana (es decir, durante el puerperio inmediato, en las primeras 6 semanas).	166
Denominador	Número calculado de bebés nacidos vivos de embarazadas con VIH en los últimos 12 meses.	171
Fuente	• REM Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2012. • Centros de atención de VIH pediátrico, 2012.	

Resultados	
Global	97,10%

Comentarios sobre los datos
• El indicador reportado corresponde al año 2012. • Los datos que conforman el indicador corresponden sólo al Sistema Público de Salud. • El numerador corresponde al número de hijos de madres VIH que recibieron profilaxis para la prevención de la Transmisión Vertical del VIH. • El denominador corresponde a la estimación realizada en el país del número de gestantes seropositivas al VIH, el cual se obtuvo aplicando la prevalencia de VIH obtenida en el total de las mujeres testeadas en el sector público de salud, al total de las mujeres que ingresaron a control prenatal durante el año, cifra que se acercaría al total de embarazadas y al número de gestantes seropositivas del año.

INDICADOR 3.11	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación.		

Medición	
Indicación	Sírvase notificar el número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación. Sírvase tomar nota de que debe contarse el número de personas y no el número de asistencias, es decir, si una mujer acude a tres consultas en un centro de atención prenatal sólo debe contarse una vez.
Fuente	REM Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2012.

Resultados	
Global	187.520

Comentarios sobre los datos
- El indicador reportado corresponde al año 2012. - Los datos que conforman el indicador corresponden sólo al Sistema Público de Salud. - Representan a las gestantes que ingresaron a control prenatal.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 3.12.1	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH (“recién nacidos expuestos al VIH”) en el 2012 (o los datos más recientes de los que se disponga).		

Medición	
Lo que mide	Número notificado de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en un año calendario definido (2012).
Fuente	Registro del Instituto de Salud Pública, 2012.

Resultados	
Global	159

Comentarios sobre los datos
El indicador reportado corresponde al año 2012.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 3.12.2	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH, clasificadas como con estado serológico indeterminado (es decir, mujeres cuyo seguimiento no fue posible, que fallecieron antes del diagnóstico definitivo o con resultados de laboratorio indeterminados).		

Medición	
Lo que mide	El número de niños nacidos durante el año calendario definido (2012) de madres seropositivas para el VIH que no terminaron las pruebas diagnósticas para evaluar su estado serológico con respecto al VIH puesto que no fue posible hacerles el seguimiento, fallecieron, fueron derivadas a otro establecimiento o no se les realizó la prueba.
Fuente	Registro del Instituto de Salud Pública, 2012.

Resultados	
Global	5

Comentarios sobre los datos
- El indicador reportado corresponde al año 2012. - En Chile no se usa la expresión “indeterminado”, se utiliza “en seguimiento” que da cuenta de un proceso al final del cual el caso se clasifica como positivo o negativo.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 3.12.3	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH.		

Medición	
Lo que mide	Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 que recibieron un diagnóstico positivo del VIH.
Fuente	Registro del Instituto de Salud Pública, 2012.

Resultados	
Global	5

Comentarios sobre los datos
El indicador reportado corresponde al año 2012.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 3.12.4	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) que recibieron un diagnóstico negativo del VIH.		

Medición	
Lo que mide	Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 que recibieron un diagnóstico negativo del VIH.
Fuente	Registro del Instituto de Salud Pública, 2012.

Resultados	
Global	149

Comentarios sobre los datos
El indicador reportado corresponde al año 2012.

5.4. Indicadores del Objetivo 4: Lograr que 15 millones de personas con infección por el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico para 2015.

INDICADOR 4.1	Indicador GARPR y AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia ARV.		

Medición		
Numerador	Número de adultos y niños que actualmente recibe terapia antirretrovírica, de acuerdo con el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS), al final del período de notificación.	22.706
Denominador	Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH. Los criterios nacionales de admisión a la terapia antirretrovírica varían de un país a otro. Para lograr que este indicador sea comparable entre países, los informes mundiales presentarán la cobertura de las terapias antirretrovíricas para adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con el VIH.	
Fuente	• Para el sistema público de salud, Base de datos Ministerio de Salud, 2013. • Para el sistema privado de salud, Registros de la Superintendencia de salud, 2013.	

Resultados						
Porcentaje total y desglosado por sexo						
	Total	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido		
Porcentaje						
Numerador	22.706	18.493	4213			
Denominador (n° estimado de adultos y niños que viven con el VIH)						
Denominador (n° estimado de adultos y niños elegibles)						
Número (personas que han iniciado TARV durante 2012)	1.681	1.393	288			
Desglosado por grupo etario						
	<15	15+	<1	1-4	15-49	50+
Porcentaje						
Numerador	168	22.538	14	21	17.467	5.071
Denominador (n° estimado de adultos y niños que viven con el VIH)						
Denominador (n° estimado de adultos y niños elegibles)						
Número (personas que han iniciado TARV durante 2012)						
Desglose por sector						

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

	Sector público	Sector privado
Numerador	19.706	3.000

Comentarios sobre los datos

- El indicador reportado corresponde al año 2013.
- Los datos del numerador sobre personas en TARV corresponden al registro que llevan los Centros de Atención de VIH adultos y pediátricos del sector público. A ello se agrega el número de personas en TARV que se atienden en los recintos penitenciarios a cargo de Gendarmería de Chile y en los centros de los hospitales clínicos de las Universidades de Chile y Católica, que siendo considerados privados, atienden a personas beneficiarias del sector público de salud. Se han incluido además, los datos referidos del Sistema Privado de Salud sobre personas en TARV.
- En el caso del denominador, los datos proporcionados por SPECTRUM se encuentran en proceso de validación.
- El número de personas que han iniciado TARV en el último año corresponde solo al sector público.
- En Chile, el acceso a TARV está garantizado por la Ley 19.996 (2005), que establece el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (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 “Guía Clínica. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA”, actualizada en el año 2013 y que establece como criterio de ingreso a TARV un nivel de CD4 de 350. Lo anterior permite sostener que todas las personas que requieren TARV en el país debieran recibirla.
- Sin perjuicio de lo informado, se debe señalar que no se dispone de la información de personas en TARV beneficiarias del sistema de salud de las Fuerzas Armadas y otros particulares.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 4.2a	Indicador GARP y AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica.		

Medición		
Numerador	Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciar el tratamiento.	332
Denominador	Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia antirretrovírica y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el período de 12 meses, incluidos aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.	343
Fuente	Estudio de Cohorte de Personas que inician TARV, en el Sistema Público de Salud.	

Resultados			
Global	Seguimiento interrumpido	Abandono de la terapia	Fallecimiento
96,79%	1	8	2

Comentarios sobre los datos	
- Los datos se obtuvieron del Estudio para evaluar impacto del Tratamiento Antiretroviral en personas que viven con VIH/SIDA beneficiarias del Sistema Público de Salud. - El estudio se realiza a través del seguimiento de personas que ingresan a TARV y conforman la cohorte bajo seguimiento. - El numerador se refiere a personas adultas que iniciaron TARV durante el período Enero-Diciembre 2010 y continuaban en TARV a los 12 meses post inicio del tratamiento y representa aproximadamente un 25% del total de personas que iniciaron TARV durante el año informado. Se usa la cohorte de inicio de TARV del año 2010 pues la cohorte de ingreso a TARV del año 2011 no ha completado los estudios de seguimiento. - El denominador corresponde al número de ingresos a TARV del año 2010 que conformaron la muestra y en los cuales se había completado el seguimiento.	

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 4.2b	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 24 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2011.		

Medición		
Numerador	Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los 24 meses después de iniciar el tratamiento (en los que iniciaron el tratamiento en 2011).	325
Denominador	A los 24 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2011 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 24 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2013 (o 24 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 24 meses.	343
Fuente	Estudio de Cohorte de Personas que inician TARV, en el Sistema Público de Salud.	

Resultados			
Global	Seguimiento interrumpido	Abandono de la terapia	Fallecimiento
94,80%	5	8	5

Comentarios sobre los datos
- Los datos se obtuvieron del Estudio para evaluar impacto del Tratamiento Antirretroviral en personas que viven con VIH/SIDA beneficiarias del Sistema Público de Salud. - El estudio se realiza a través del seguimiento de personas que ingresan a TARV y conforman la cohorte bajo seguimiento. - El numerador se refiere a personas adultas que iniciaron TARV durante el período Enero-Diciembre 2010 y continuaban en TARV a los 24 meses post inicio del tratamiento y representa aproximadamente un 25% del total de personas que iniciaron TARV durante el año informado. Se usa la cohorte de inicio de TARV del año 2010 pues es la cohorte que ha completado los estudios de seguimiento a 24 meses. - El denominador corresponde al número de ingresos a TARV del año 2010 que conformaron la muestra y en los cuales se había completado el seguimiento.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 4.2c	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 60 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2008.		

Medición		
Numerador	Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los 60 meses después de iniciar el tratamiento (en los que iniciaron el tratamiento en 2008).	211
Denominador	A los 60 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2008 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 60 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2013 (o 60 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 60 meses.	223
Fuente	Estudio de Cohorte de Personas que inician TARV, en el Sistema Público de Salud.	

Resultados			
Global	Seguimiento interrumpido	Abandono de la terapia	Fallecimiento
94,60%	6	1	5

Comentarios sobre los datos
- Los datos se obtuvieron del Estudio para evaluar impacto del Tratamiento Antirretroviral en personas que viven con VIH/SIDA beneficiarias del Sistema Público de Salud. - El estudio se realiza a través del seguimiento de personas que ingresan a TARV y conforman la cohorte bajo seguimiento. - El numerador se refiere a personas adultas que iniciaron TARV durante el período Enero-Diciembre 2007 y continuaban en TARV a los 60 meses post inicio del tratamiento y representa aproximadamente un 20% del total de personas que iniciaron TARV durante el año informado. - El denominador corresponde al número de ingresos a TARV del año 2007 que conformaron la muestra y en los cuales se había completado el seguimiento al año 2012.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 4.3a	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral.		

Medición	
Lo que mide	El número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico).
Fuente	Registros del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, 2013.

Resultados		
Número total de establecimientos de salud que ofrecen TAR	Público	Privado
70	68	2
	Hospital	
	70	

Comentarios sobre los datos	
- Se refiere a Centros de Atención de PVVIH, de adultos y niños. 68 pertenecen a la Red Pública de Salud y está adosados a los Hospitales, se incluye aquí al Hospital Penitenciario administrado por Gendarmería de Chile. - Los 2 Privados corresponde a Hospitales Clínicos de las Universidades de Chile y Católica, que siendo de la Red Privada de Salud, prestan atención a PVVIH beneficiarias del Sistema Público de Salud.	

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 4.3b	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Establecimientos de salud - Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral pediátrico.		

Medición	
Lo que mide	Número de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico.
Fuente	Registros del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, 2013.

Resultados		
Número total de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico	Público	Privado
32	32	desconocido

Comentarios sobre los datos
- Se refiere a Centros de Atención de VIH Pediátrico de la Red Pública de Salud y está adosados a los Hospitales de Niños. - Estos 32 Centros están incluido en el total de 70 informados en el indicador anterior. - No se dispone de la información del sector privado de salud.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 4.4	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de establecimientos de salud que suministran antirretrovirales y que en los 12 últimos meses han presentado desabastecimiento de por lo menos un antirretroviral necesario.		

Medición		
Numerador	Número de establecimientos de salud que suministran ARV y que han presentado desabastecimiento de uno o más ARV en los 12 últimos meses.	0
Denominador	Número total de establecimientos de salud que suministran ARV.	70
Fuente	Registros del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, 2013.	

Resultados	
Global	0

Comentarios sobre los datos

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 4.5	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Diagnósticos tardíos de la infección por el VIH: porcentaje de personas seropositivas para el VIH cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue de menos de 200 células/ μ l en el 2013.		

Medición		
Numerador	Número de personas seropositivas para el VIH cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/ μ l en el 2013.	791
Denominador	Número total de personas seropositivas para el VIH que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4 en el 2013.	1857
Fuente	Base de datos de notificaciones VIH, Ministerio de Salud, 2012.	

Resultados	
Global	42,6%

Comentarios sobre los datos	
- El indicador reportado corresponde al año 2012. - El denominador resta del total de casos (2435) aquellos identificados como pendientes, es decir, los que no tienen recuento (578).	

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 4.6	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Atención de la infección por el VIH: Tratamiento antirretroviral. a Número total de personas incluidas en la atención de la infección por el VIH al fin del período de notificación. b Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación (2013).		

Medición	
Lo que mide	Número de adultos y niños en seguimiento de la atención de la infección por el VIH por parte de los servicios de salud durante el período de notificación (2013). Las personas que están recibiendo atención incluyen aquellas que acudieron a los servicios de atención de la infección por el VIH al menos una vez durante el año de notificación.
Fuente	Registro de los Centros de Atención de la Red Pública de Salud, 2013.

Resultados					
	Total	Hombres	Mujeres	<15	15+
4.6a	25.821	21.086	4.735	178	25.643
4.6b	3.115	2.593	522	10	3.105

Comentarios sobre los datos	
- La información se refiere a las personas –niños y adultos- que ingresaron a la atención por VIH/SIDA en los establecimientos del sistema público de salud, durante el año 2013. - Excluye a centros de atención del sistema privado de salud, de los hospitales clínicos de las Universidades de Chile y Católica y del hospital penitenciario.	

5.5. Indicadores del Objetivo 5: Reducir en un 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas infectadas por el VIH para el 2015.

INDICADOR 5.1	Indicador GARP y AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH.		

Medición		
Numerador	Número de adultos y niños seropositivos que ha recibido terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (conforme a las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.	2
Denominador	Número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH.	84
Fuente	Estudio de Cohorte de Personas que inician TARV, en el Sistema Público de Salud, 2010.	

Resultados	
Global	2,40%

Comentarios sobre los datos
• Los datos se obtuvieron del Estudio para evaluar impacto del Tratamiento Antirretroviral en personas que viven con VIH/SIDA beneficiarias del Sistema Público de Salud. • El estudio se realiza a través del seguimiento de personas que ingresan a TARV y conforman la cohorte bajo seguimiento. • El numerador se refiere a personas adultas que iniciaron TARV durante el período Enero-Diciembre 2010 y tuvieron diagnóstico y tratamiento por TB, estando bajo régimen de TARV. • En relación al denominador, las estimaciones recomendadas por ONUSIDA/OMS/OPS, no incluyen la información para Chile referida al número estimado de TB en PVVIH. Por ello se utiliza como denominador el número de personas del estudio de cohorte que iniciaron TARV durante el 2010 y que representan alrededor del 25% del total de personas que iniciaron TARV durante ese año en el país.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

INDICADOR 5.4	Indicador AU	Indicador pertinente y reportado
Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la última consulta.		

Medición		
Numerador	Número de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó durante la consulta más reciente.	146
Denominador	Número total de adultos y niños que reciben servicios de atención para la infección por el VIH durante el período de notificación.	187
Fuente	Estudio de Cohorte de Personas que inician TARV, en el Sistema Público de Salud, 2010.	

Resultados	
Global	78,10%

Comentarios sobre los datos
- Los datos se obtuvieron del Estudio para evaluar impacto del Tratamiento Antirretroviral en personas que viven con VIH/SIDA beneficiarias del Sistema Público de Salud. - El numerador se refiere al número de personas en las que se comprobó fueron estudiadas para TB, se refiere a personas adultas que iniciaron TARV durante el período Enero-Diciembre 2010. - Se tomó como denominador a las personas que ingresaron a la atención de VIH durante el año 2010, en las que se obtuvo la información acerca de si fueron o no estudiadas para TB, antecedente que pudo corroborarse en la ficha clínica. Este denominador alcanzó a 187 personas, lo que representa una muestra cercana al 90% del total de las personas enroladas en el estudio.

5.6. Indicadores del Objetivo 6: Alcanzar un nivel importante de gasto mundial anual (US\$ 22.000-24.000) en los países de ingresos bajos y medianos.

INDICADOR 6.1	Indicador pertinente y reportado
Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuentes de financiación.	

Obtención
- 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 2011 y 2012 por categoría de gasto y fuente de financiamiento, a través de la metodología MEGAS. - 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 antirretroviral, exámenes de diagnóstico y de monitoreo, suministro de preservativos, protección social entre otros aspectos. Además, por la especial situación de la organización del sistema de seguridad social chileno, encontramos instituciones privadas con fines de lucro que administran una parte de la seguridad social. En el caso de salud tenemos a las ISAPRES (Instituciones Privadas de Salud Previsional) y en la administración de pensiones de vejez a las AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones). En este sentido, dado principalmente por la característica híbrida de su organización entre Seguridad Social e Instituciones Privadas, se decidió clasificarlas como fuente de financiamiento privada, específicamente en el ítem “Todas las otras privadas”, al igual como se realizó en la anterior medición para el año 2009-2010. - El trabajo de recopilación de información contó con el apoyo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Oficina Regional de ONUSIDA Argentina. 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 del Departamento Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, también perteneciente al Ministerio de Salud.

Resultados

El gasto nacional relativo al SIDA para el año 2011 alcanzó los **MM\$ 80.233 (MM US\$ 166)** y para el año 2012 la cifra de **MM\$ 92.558 (MM US\$ 190)**, con lo cual, durante el periodo 2011-2012, el gasto experimentó un crecimiento de 15,4%.

En la tabla 1 se presenta el gasto para los años 2011 y 2012 por fuente de financiamiento, siendo la principal fuente de financiamiento pública, con una participación de 74,3% el año 2011, y registrando una leve disminución el año 2012, donde registró un 71,9%. Respecto a la fuente privada de financiamiento, esta alcanzó el año 2011 un 25,5%, y para el año 2012 aumentó a 28%. El financiamiento nacional (público más privado) es casi absoluto, ya que registra un 99,7% el año 2011 y 99,9% el 2012. En el caso del financiamiento internacional, este solo alcanza un 0,3% y 0,1% para los años 2011 y 2012, respectivamente.

En relación al crecimiento experimentado en el periodo, el financiamiento que más aumento fueron las fuentes privadas, con un 27%, seguido de las fuentes públicas que con un alza de 11,7%. En el caso de las fuentes internacionales, se observa una caída de un 55%.

Tabla 1
Financiamiento Nacional e Internacional
Por Fuente de Financiamiento
2011 – 2012
(MM\$ corrientes)

Fuentes de Financiamiento	Gasto (M\$ 2011)	%	Gasto (M\$ 2012)	%
Fuentes Públicas	59.578.482	74,3%	66.542.826	71,9%
Central / Nacionales	16.583.558	20,7%	19.195.961	20,7%
Seguridad Social	42.994.703	53,6%	47.341.555	51,1%
Todas las otras públicas	220	0,0%	5.311	0,0%
Fuentes Privadas	20.442.609	25,5%	25.919.552	28,0%
Instituciones con fines de lucro / Empresas	10.875	0,0%	26.230	0,0%
Consumidor / Desembolsos directos	7.002.025	8,7%	8.446.985	9,1%
Todas las otras privadas	13.429.710	16,7%	17.446.337	18,8%
Financiamiento Nacional	80.021.091	99,7%	92.462.378	99,9%
Fuentes Internacionales	211.916	0,3%	95.718	0,1%
Bilaterales	6.600	0,0%	7.077	0,0%
Órganos de UN	205.316	0,3%	88.641	0,1%
Financiamiento Total	80.233.007	100,0%	92.558.096	100,0%

Analizando los componentes de las fuentes de financiamiento, podemos apreciar que alrededor del 50% es financiado por la Seguridad Social (Fondo Nacional de Salud – FONASA) para los años 2011 y 2012. Una segunda fuente importante de financiamiento, proviene desde el nivel central, la cual se sitúa en torno al 21%, durante el mismo periodo. En este punto cabe mencionar que las instituciones del nivel central corresponden al Ministerio de Salud (Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, Subsecretaría de Salud Pública, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Sistema Nacional de Servicios de Salud y el Instituto de Salud Pública), Gendarmería, Servicio Nacional de la Mujer, Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Educación, entre otras.

En el caso del financiamiento privado, el ítem de “Todas las otras privadas” registra la mayor participación con un 16,7% y 18,8%, los años 2011 y 2012, respectivamente. Le sigue los “Desembolsos directos” con un 8,7% el año 2011 y un 9,1% el 2012. El financiamiento de Instituciones con fines de lucro / empresas está subestimado, debido principalmente a que no fue posible recolectar toda la información. En este sentido se presenta como referencia en los ítems que corresponden a los que generan mayor gasto.

El financiamiento internacional, es marginal respecto al financiamiento nacional. La principal fuente de financiamiento corresponde a los Órganos de las Naciones Unidas con un 0,3% y 0,1%, para los años 2011 y 2012, respectivamente. Cabe mencionar que no se registraron recursos provenientes del proyecto Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el cual cesó su financiamiento a comienzos del año 2008.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

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 para los años 2011 y 2012.

Tabla 2
Gasto Total por Ítem
2011 – 2012
(MM\$ corrientes)

Ítem de Gasto	Gasto (M\$ 2011)	%	Gasto (M\$ 2012)	%
1. Prevención	15.507.681	19,3%	16.757.364	18,1%
2. Atención y tratamiento	54.888.288	68,4%	64.783.325	70,0%
2.1. Atención ambulatoria	53.307.694	66,4%	62.949.344	68,0%
2.2. Atención hospitalaria	1.331.648	1,7%	1.539.739	1,7%
3. Huérfanos y niños vulnerables	161.660	0,2%	167.600	0,2%
4. Gestión y administración de programas	584.674	0,7%	520.098	0,6%
5. Recursos humanos	39.793	0,0%	207.247	0,2%
6. Protección social y servicios sociales	1.888.391	2,4%	2.225.706	2,4%
7. Entorno favorable	7.094.193	8,8%	7.750.946	8,4%
8. Investigación relacionada con el VIH	68.328	0,1%	145.809	0,2%
Gasto Total	80.233.007	100,0%	92.558.096	100,0%

Al analizar el año 2011 encontramos que el 87,7% del gasto relativo al SIDA se realiza en Prevención y en Atención y Tratamiento, con un 19,3% y 68,4%, respectivamente. El restante 12,3% se distribuye principalmente en los ítems de Entorno favorable (8,8%) y Protección social y servicios sociales (2,4%).

En el caso de las actividades de Prevención, uno de los ítems más importantes corresponde al “Suministro de preservativos masculinos”, el cual se sitúa en un 7,4% del gasto total y en un 38,1% del gasto en Prevención. Otro ítem importante corresponde a “Prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS” con un 4,3% del gasto total y un 22,3% del gasto en Prevención. Le sigue en importancia la “Seguridad hematológica” con un 2,1% del gasto total y un 11% del gasto en Prevención.

En la función Atención y tratamiento, la Atención ambulatoria concentra el 66,4% del gasto total, alcanzando un 97,1% del gasto en Atención y tratamiento. Los ítems más importantes corresponden a la “Terapia antirretrovírica” que acumula un 54,7% del gasto total, un 80% del ítem de Atención y tratamiento y un 82,4% de la Atención ambulatoria. A su vez la “Vigilancia específica de laboratorio del VIH”, alcanza un 3,2% del gasto total, un 5% de la Atención y tratamiento y un 4,8% de la Atención ambulatoria. En el caso de la Atención hospitalaria, el “Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas” se sitúa en un 1,7% del gasto total y en un 2,4% del ítem de Atención y tratamiento.

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 2,4% del gasto total y que corresponden al pago de licencias médicas por

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

infecciones oportunistas y al pago de pensiones y jubilaciones de invalidez, siendo ésta última un 95% del total de los gastos asociados a la Protección social.

El ítem de Entorno favorable también concentra una de las más importantes categorías de gasto, alcanzando un 8,8% del total. La actividad más importante dentro de este ítem corresponde a “Programas para reducir la violencia de género”, que alcanza a un 8,7% del gasto total y un 99,4% del gasto en Entorno favorable.

En general las participaciones relativas de los componentes de gasto enunciados anteriormente para el año 2011, no sufren cambios relevantes en el año 2012. Quizás lo más interesante de destacar es el crecimiento o decrecimiento de algunas categorías de gasto durante el periodo 2011-2012. Dado que cerca del 90% del gasto está concentrado en Prevención y Atención y Tratamiento, lo que ocurra con estos ítems será clave para explicar la expansión o contracción del gasto. En este sentido, el ítem de Atención y Tratamiento tuvo un crecimiento importante en el periodo, en torno al 18%, lo cual explica que la expansión del gasto total haya sido superior al 15%. También registraron aumentos importantes los ítems de Prevención, con un 8%, Entorno Favorable, con un 9,3% y Protección social y servicios sociales con un aumento de 17%.

Tabla 3
Gasto por Ítem y Fuente de Financiamiento, 2012
(MM\$ corrientes)

Ítem de Gasto	TOTAL (M\$ 2012)	Fuentes Públicas	%	Fuentes Internac ionales	%	Fuentes Privadas	%
1. Prevención	16.757.364	8.342.249	49,8%	39.719	0,2%	8.375.397	50,0%
2. Atención y tratamiento	64.783.325	49.464.683	76,4%	0	0,0%	15.318.642	23,6%
2.1. Atención ambulatoria	62.949.344	48.038.393	76,3%	0	0,0%	14.910.951	23,7%
2.2. Atención hospitalaria	1.539.739	1.132.048	73,5%	0	0,0%	407.691	26,5%
3. Huérfanos y niños vulnerables	167.600	98.195	58,6%	0	0,0%	69.405	41,4%
4. Gestión y administración de programas	520.098	483.002	92,9%	37.096	7,1%	0	0,0%
5. Recursos humanos	207.247	205.747	99,3%	0	0,0%	1.500	0,7%
6. Protección social y servicios sociales	2.225.706	78.148	3,5%	0	0,0%	2.147.558	96,5%
7. Entorno favorable	7.750.946	7.724.993	99,7%	18.903	0,2%	7.050	0,1%
8. Investigación relacionada con el VIH	145.809	145.809	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gasto Total	92.558.096	66.542.826	71,9%	95.718	0,1%	25.919.552	28,0%

En la tabla 3 se presenta el resumen de los gastos por fuente de financiamiento e ítem de gasto para el año 2012.

En el caso de Prevención se observa que la participación en el financiamiento es de un 49,8% pública, 50% privada y 0,2% internacional. 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 (desembolsos directos) y que alcanza a un 86% del gasto en prevención financiado con aportes privados.

Para el ítem de Atención y tratamiento, el 76,4% del financiamiento es público, siendo un 23,6% privado. Respecto a la atención ambulatoria, encontramos que la distribución público-privada se mantiene, siendo de un 76,3% pública y 23,7% privada. En el caso de la atención hospitalaria, las proporciones cambian moderadamente, donde el financiamiento público es 73,5% y 26,5% el privado. Cabe agregar que no se registra financiamiento internacional para esta categoría de gasto.

Para los ítems de Gestión y administración del programa, Recursos humanos y entorno favorable, se observa un financiamiento casi exclusivamente público, con un 92,9%, 99,3% y 99,7%, respectivamente. Una situación diferente se registra en el ítem de Protección social y servicios sociales donde el 96,5% es financiado por el sector privado. En este punto es necesario recordar que se registró como fuente privada a las administradoras de fondos de pensiones (AFP) e ISAPRE, principalmente porque su administración es privada y con ánimo de lucro.

En el ítem de investigación relacionada con el VIH se observa que la principal fuente de financiamiento para el año 2012 es pública y única, ya que registra un 100%.

Otro aspecto interesante de destacar es la importancia relativa por categoría de gasto y fuente de financiamiento. En el caso del financiamiento público, las principales categorías que fueron financiadas corresponden a: Atención y tratamiento, Prevención y Entorno favorable. Estas tres categorías registran el 98,5% del financiamiento público. En el caso del financiamiento internacional encontramos que las principales categorías de gasto que recibieron financiamiento corresponden a: Prevención, Gestión y administración de programas y Entorno favorable que juntos corresponden al 100%. Finalmente en el caso del sector privado, las principales categorías de gasto corresponden a: Prevención con un 32%, Atención y tratamiento con un 59% y Protección social y servicios sociales con un 8%. Estos tres ítems acumulan el 99,7% del financiamiento privado para el VIH-SIDA.

Comentarios

- Es importante destacar que el gasto relativo al SIDA registró un importante aumento respecto a la versión anterior, alcanzando un 15% más de recursos y donde en el ejercicio 2009-2010 sólo alcanzó a un 1,5%.
- En términos generales la recolección de información que se realizó para completar la Matriz de Financiación Nacional de Gasto relativa al SIDA, en algunos aspectos mejoró en relación a la versión anterior, ya que fue posible identificar de mejor forma algunos gastos, recoger otros para los cuales no se disponía de información. Sin embargo, en el caso de la recopilación de información que se realiza con las organizaciones civiles se registró una disminución en la entrega de los datos, con lo cual, no fue posible disponer de datos para todas estas instituciones.
- 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, 2011 y 2012.

5.7. Indicadores del Objetivo 7: Eliminación de las desigualdades en materia de género.

INDICADOR 7.1	Indicador pertinente y reportado
Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.	

Medición		
Numerador	Número de mujeres de 15 a 49 años de edad que tienen o tuvieron una pareja íntima, que declaran haber experimentado violencia física o sexual por parte de al menos una de esas parejas en los últimos doce meses.	80
Denominador	Número total de mujeres de 15 a 49 años de edad encuestadas que tienen o tuvieron una pareja íntima.	854
Fuente	Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y delitos sexuales (Ministerio del Interior, 2008), aplicada a 1.109 mujeres.	

Resultados					
Global	Según sexo		Según edad		
	Varones	Mujeres	15 a 19	20 a 24	25 a 49
9,37%	No corresponde.	9,37% (80/854)	9,16% (12/131)	9,56% (13/136)	9,37% (55/587)

Comentarios
• La Encuesta de Victimización es realizada por el Ministerio del Interior. • El estudio se realizó el año 2008. • Los datos presentados fueron proporcionados por el Servicio Nacional de la Mujer. • La muestra consideró mujeres de 15 a 59 años. La desagregación de los datos para los grupos solicitados por UNGASS consideró la ponderación de los casos según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas para el año 2012, considerándose sólo el tramo de 15 a 49 años. • Se refiere a prevalencia alguna vez en la vida, por no contarse con datos de los últimos 12 meses. • Los datos sólo consideran violencia sexual, por no contarse con la base de datos para calcular posibles combinaciones de tipos de violencia. • Los datos indican que los resultados globales son de 9,37% (80/857); 9,16% en mujeres de 15 y 19 años (12/131), 9,56% de las encuestadas entre 20 y 24 años (13/136) y 9,37% de las mujeres de 25 a 49 años (55/587).

5.8. Indicadores del Objetivo 10: Fortalecimiento de la integración de las actividades relacionadas con el VIH.

INDICADOR 7.4	Indicador pertinente y reportado
Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses.	

Medición		
Numerador	Número de los hogares más pobres que recibió cualquier tipo de apoyo económico en los últimos 3 meses.	
Denominador	Número total de los hogares más pobres.	
Fuente	Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN) (Ministerio de Desarrollo Social, ex MIDEPLAN, 2009), aplicada a una muestra de 71.460 hogares de todo el territorio nacional, con representatividad nacional, regional y comunal.	

Resultados	
Global	73,06%

Comentarios	
- La Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN) es realizada por el Ministerio de Desarrollo Social (ex MIDEPLAN), la última versión disponible es la correspondiente al año 2011. - Para el cálculo del indicador se utilizaron los datos de hogares expandidos. Se filtró por quintil de ingreso, para considerar sólo el quintil de ingreso I (inferior). - Se tomó como numerador a todos los hogares del primer quintil de ingreso que presentan valores distintos a cero en la variable total de subsidios monetarios del hogar. - El denominador lo constituyen todos los hogares del primer quintil de ingreso encuestados.	

5.9. Apéndice 2: Diagnóstico de los casos de infección por el VIH y sida (OPS).

P.1.d Número de casos de infección por el VIH diagnosticados en el 2012, desglosados por sexo para el 2012.	
Lo que mide	Número casos de infección por el HIV diagnosticados en el 2012, por sexo para el 2012.
Fuente	Informe nacional “Evolución VIH-SIDA, Chile 1984-2012”, Ministerio de Salud.

Resultados		
Todo	Hombres	Mujeres
1503	1240	263

P.1.e Número de casos de sida diagnosticados en el 2012 y notificados, por sexo, para el 2012.	
Lo que mide	Número casos de sida diagnosticados en el 2012, por sexo para el 2012.
Fuente	

Resultados		
Todo	Hombres	Mujeres
932	795	137

IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS.

Como se desprende de la descripción de la Respuesta Nacional para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA, durante el último bienio se han registrado cambios en las estrategias implementadas, los que han redundado en algunas buenas prácticas, las que son comentadas a continuación.

1. PROCESOS DE EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL SECTOR SALUD.

Un primer antecedente a ser considerado como buena práctica se refiere a los procesos de evaluación y planificación desarrollados por el sector salud durante el período, que fueron abordados por el Ministerio de Salud en su conjunto y en los cuales participó el Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS.

Uno de estos procesos fue la definición de la Estrategia Nacional de Salud para los años 2011 – 2020. La relevancia de esta iniciativa para la Respuesta Nacional del VIH/SIDA y las ITS puede sintetizarse en las siguientes características del proceso:

- Se establecen metas específicas para VIH/SIDA, incluyéndose, además, metas relacionadas a salud sexual y reproductiva.
- Lo anterior, reconoce estas temáticas como relevantes para las políticas sanitarias del país, pero también enfatiza la necesidad de que concurren los esfuerzos de diversos Programas de Salud y fundamentalmente de diversos sectores para el logro de los resultados e impactos deseados, los que no corresponden sólo al sector salud.
- En términos de monitoreo, la definición de las metas conlleva la determinación de indicadores para la evaluación posterior de su cumplimiento.
- Por otra parte, se ha realizado una revisión de evidencia científica para la formulación de estrategias tendientes al logro de las metas consideradas.
- Respecto a las metodologías utilizadas para realizar este proceso, debe destacarse el trabajo conjunto entre distintos programas y áreas del Ministerio de Salud, así como la coordinación e integración necesaria para la formulación de metas y estrategias coherentes.

2. INTEGRACIÓN DEL VIH/SIDA Y OTRAS ÁREAS DE SALUD.

La definición de la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020 y el proceso conjunto de planificación al interior del Ministerio de Salud permitieron también, desarrollar un trabajo integrado entre el Programa Nacional de VIH/SIDA y las ITS y otros programas de salud.

Una de estas iniciativas se tradujo en la coordinación con el Programa de Ciclo Vital del Ministerio de Salud, buscando integrar las estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva, con aquellas específicas de prevención del VIH/SIDA y las ITS, destacándose entre las tareas realizadas, el Plan Nacional de Salud Adolescente y Juvenil (2012), que considera la entrega de orientación, información y consejería en auto cuidado en salud sexual (incluyendo entrega de preservativos) a los adolescentes y jóvenes en los establecimientos educacionales y en otras instancias que implementan estrategias destinadas a los adolescentes

y jóvenes, como los programas del Instituto Nacional de la Juventud, con el objetivo de ampliar y facilitar su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

En el marco del tratamiento y la atención del VIH/SIDA, también se produjo la integración con otros temas de salud, específicamente con el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, que permitió la elaboración de una norma conjunta para el manejo de la co-infección VIH-TBC, y un protocolo para el manejo de la co-infección VIH-Hepatitis.

3. ESTUDIOS REALIZADOS DURANTE EL PERÍODO.

En el ámbito de la investigación, puede destacarse como una buena práctica el inicio de los siguientes estudios:

- Generación de índice de estigma y discriminación hacia población de hombres gay, otros
Generación de proyecto y consecución del financiamiento para la validación del uso de pruebas rápidas en sangre.
- Inicio de estudios de prevalencia de VIH asociados a factores sociocomportamentales en trabajadoras sexuales adultas y poblaciones móviles (camioneros, mineros).
- Inicio de investigación de caracterización de mujeres recientemente diagnosticadas con VIH/SIDA.
- Desarrollo de estudio sobre elaboración de índice de riesgo de abandono/ falla a la adherencia de TARV en personas que viven con VIH.
- Elaboración de protocolo de investigación para medir la resistencia primaria a los antirretrovirales y la resistencia transmitida.

La relevancia de estos estudios se vincula a dos aspectos. El primero de ellos se refiere a las temáticas abordadas, que buscan perfilar la epidemia en poblaciones específicas y también dar cuentas de problemas transversales asociados a la enfermedad.

En segundo término, las metodologías utilizadas permiten complementar la generación de información cuantitativa y cualitativa, tanto de investigación epidemiológica como de investigación social en salud.

4. SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD PARA EL VIH/SIDA.

Al igual que en los periodos anteriores, vuelven a destacarse el aseguramiento del acceso a terapia para quienes lo requieran, tanto en el sector público como privado, a través de la Ley de Garantías Explícitas en Salud (Sistema GES) promulgada en el año 2005.

Este sistema ha permitido ampliar la cobertura de tratamiento ARV a las personas que lo necesitan, sobre todo considerando la actualización del año 2013 de la Guía Clínica.

5. DESARROLLO DE ACCIONES FOCALIZADAS Y CON PERTINENCIA LOCAL.

Durante el bienio 2012 – 2013, a partir del Plan Estratégico y sus planes operativos anuales se ha continuado implementando la Respuesta Regional Integrada de Prevención, que permite que las distintas regiones puedan diseñar sus propios Planes Regionales de Salud Pública de las Autoridades Sanitarias Regionales.

La relevancia de esta estrategia radica en que ha generado una profundización de los procesos de descentralización de respuesta a la epidemia, consolidando el trabajo participativo e intersectorial a nivel regional y articulando las distintas acciones locales vinculadas a la promoción de la salud sexual y la prevención del VIH/SIDA y las ITS.

V. 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.

1. PARTICIPACIÓN SOCIAL.

En cuanto a la participación, algunos hechos han dificultado la mantención de las instancias de trabajo con las organizaciones sociales. A esto se agregan circunstancias específicas derivadas de decisiones gubernamentales no compartidas por los grupos organizados como, por ejemplo, la forma en que se diseñan e implementan las campañas comunicacionales y la decisión respecto a establecer al examen de VIH en las embarazadas como un examen más de rutina. Junto a ello la eliminación de la consejería pretest, que se transforma en un proceso de información otorgado por el profesional que solicita el examen y no por el consejero/a, fue rechazado por las organizaciones que desarrollaban este tipo de actividades.

Por otra parte, se registran divisiones entre algunas redes de organizaciones y la inclusión de nuevas organizaciones sociales al trabajo colaborativo, lo que también ha generado algunos desacuerdos y problemas entre ellas.

2. COBERTURA DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS.

Si bien la cobertura de las acciones de prevención sigue siendo un ámbito en que se deben redoblar los esfuerzos de la Respuesta Nacional es interesante destacar la inclusión de las acciones de promoción de salud sexual y prevención del VIH/SIDA, ITS y embarazo adolescente, en los Planes Comunales de Salud, lo que ha permitido que los programas lleguen a las bases comunitarias, aún cuando se necesita ampliar la masividad de la iniciativa.

3. COBERTURA Y DIVERSIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN A PVVIH.

Los logros en materia de atención de personas viviendo con VIH/SIDA han permitido entregar antiretrovirales a quienes lo requieran, tanto en el sector público como privado de salud, de igual forma, se ha mantenido la atención interdisciplinaria en los Centros de Atención de PVVIH de la red asistencial pública. Sin embargo, se reconocen dificultades en cuanto a la cantidad y diversidad de los servicios entregados, constatándose problemas de cobertura de algunos tipos de atención, como la nutricional y la de apoyo psicosocial, además de dificultades en los procesos de adherencia a TARV por parte de los usuarios.

Las acciones para corregir estos problemas se han centrado en:

- Actualización de la Guía Clínica VIH/SIDA en el 2013.
- Monitoreo de la atención del VIH/SIDA a través de indicadores incorporados en la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020.

- Inicio del estudio para definir un índice de riesgo de falla en la adherencia para las personas que inician tratamiento y elaboración de un modelo de intervención para aquellas personas en riesgo de abandono.
- Capacitación y actualización de los profesionales de la salud.

4. BRECHAS DE INFORMACIÓN.

La investigación existente en el país sobre VIH, ITS y temas relacionados es escasa, sobre todo en lo que se refiere a los grupos más vulnerables, que corresponden generalmente a poblaciones “escondidas” difíciles de incluir en estudios y mediciones. Esto genera importantes brechas de información y de conocimiento justamente respecto a los grupos en los que se concentra la epidemia.

Frente a esto, durante el bienio se han dado pasos orientados a realizar investigaciones en poblaciones específicas, como son los camioneros y mineros, además de realizar un estudio sobre mujeres VIH+, pero que han sido diagnosticadas en los últimos cinco años.

Es interesante también la puesta en marcha de una investigación sobre los procesos de adherencia a TARV, que busca generar un índice de riesgo de abandono/ falla a la adherencia de TARV en personas que viven con VIH.

5. 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 los reportes previos, 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.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

- 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, especialmente para lograr mayor adherencia a control y tratamiento. Esto se ha considerado en la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011 – 2020.
- 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. A pesar de haberse aprobado recientemente la ley antidiscriminación, denominada Ley Zamudio (20.609).

VI. 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 al objetivo de incrementar la promoción de la salud sexual y la prevención del VIH/SIDA y las ITS.

- Creación de una política de promoción de la salud sexual, tendiente a incrementar el acceso de la población a acciones de este tipo, considerando la creación de una línea base e indicadores que permitan monitorear y evaluar la promoción y la formación en salud.
- Fortalecimiento del enfoque de género y el enfoque de derechos en la Estrategia Nacional de Salud.
- Disminución de la transmisión del VIH, para lo que se requiere:
 - Aumentar los recursos financieros para las políticas gubernamentales en el ámbito de la prevención.
 - Profundizar la focalización de las estrategias y acciones, según grupos vulnerables.
 - Disminuir la inequidad al acceso de la información y las estrategias de prevención.
 - Aumentar la participación intersectorial.
 - Fortalecer la participación de la sociedad civil en el diseño, implementación y evaluación de la Estrategia Nacional de Salud
 - Incluir mensajes preventivos explícitos en las campañas de comunicación social.
- Disminución de la transmisión de las ITS, dando mayor visibilidad y aumentando la información entregada a la población respecto a las distintas ITS. De forma específica puede señalarse el desafío de eliminar la sífilis congénita.
- Incremento del uso del preservativo, considerando:
 - Identificar las brechas de acceso y fortalecer el uso en grupos vulnerables.
 - Garantizar el acceso a la población juvenil, incluyendo la capacitación a los equipos de salud y otros sectores.
 - Difundir políticas sobre promoción del uso del condón.
 - Fortalecer la participación de otros sectores en la promoción y distribución de preservativos.
 - Actualizar estudios sobre el condón femenino y otros métodos preventivos en el contexto de compromisos internacionales.
- Aumento del conocimiento correcto sobre VIH e ITS, a través de la difusión de la información correcta y adecuada a los distintos grupos vulnerables.

1.2. En relación al objetivo de mejorar la atención integral del VIH/SIDA y las ITS.

- Disminución de la morbilidad relacionada al VIH/SIDA, considerando:
 - Mejorar los equipos de atención, aumentar el número de médicos, enfermeras, matronas y promover la coordinación con salud intercultural.
 - Establecer los deberes y derechos de pacientes y del equipo de salud.
 - Mejorar el acceso a la atención por subespecialidades.
 - Coordinación con otros programas de salud de enfermedades crónicas.
 - Acceso a atención especializada en adolescentes.
 - Tratamientos para algunos efectos adversos: lipodistrofia y cirugía reconstructiva.
 - Mejorar el conocimiento de las personas viviendo con VIH sobre las patologías, para la exigencia de sus derechos y utilizar los mecanismos institucionales existentes.
 - Mejorar la adherencia a controles y tratamientos y la prevención secundaria.
 - Acceso a vacunas preventivas de hepatitis B y papiloma virus, así como vacunas específicas para niños con VIH.
- Disminución de la morbilidad relacionada a las ITS, considerando:
 - Promover la prevención en usuarios de drogas.
 - Aumentar el acceso y la disponibilidad de condones masculino y femenino.
 - Disminuir la coinfección de ITS en las personas viviendo con VIH a través de la prevención secundaria y la consulta precoz.
- Disminución de la mortalidad por SIDA, considerando:
 - Diagnóstico oportuno y acceso temprano a los medicamentos.
 - Evitar la resistencia a los TARV y mantener la adherencia.
 - Aumentar la educación sobre los TARV.
 - Desarrollo de equipos multidisciplinarios en los programas de VIH.
- Aumento del diagnóstico temprano del VIH y las ITS, considerando:
 - Incorporación del examen de VIH como derecho en la Ley GES dirigido a poblaciones vulnerables.
 - Disponibilidad del reactivo a nivel local para todas las ITS.
 - Capacitación a los equipos de atención primaria para el diagnóstico.
- Prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis, considerando:
 - Diversificar las estrategias de prevención.
 - Ofrecer el examen a la pareja de las mujeres embarazadas.
 - Realizar auditorías a los casos de recién nacidos positivos en los casos de sífilis y VIH.

1.3. En relación al objetivo de aumentar la calidad de vida y disminuir el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA y de las personas en situación de vulnerabilidad y mayor exposición al riesgo.

- Disminución de la discriminación, considerando:
 - Asegurar el cumplimiento de las leyes relacionadas a la temática y proporcionar un marco idóneo a su cumplimiento y registro de casos.
 - Identificar las formas y componentes de la discriminación en un mapa social, cultural, territorial, económico, de género y de identidad sexual.
 - Asegurar los espacios de participación.
 - Capacitar a los distintos sectores y actores en temas de discriminación.
 - Asegurar el acceso a información, asesoría legal y acompañamiento en casos de discriminación.
 - Adaptar las necesidades, complejidad y dispositivos de atención al perfil de usuarios y al territorio.
- Reducción del estigma asociado al VIH/SIDA, considerando:
 - Identificar los componentes y elementos de validación del estigma, así como sus estructuras de socialización y ejercicio.
 - Empezar estrategias multisectoriales en género, identidad sexual y hacia las PVVIH.
 - Instalar componentes reductores del estigma dentro de las representaciones sociales asociadas a los temas VIH/SIDA y sus grupos vulnerables y de riesgo asociados.
 - Identificar imaginarios sociales que redunden en integración de las PVVIH dentro de sus familias, grupos humanos que impacten sobre la aceptación social positiva y la reducción de estigma.
 - Transformar el discurso del VIH/SIDA hacia la línea de las enfermedades crónicas dentro del marco sanitario.
- Promover y desarrollar estrategias de inclusión y participación social de personas que viven con VIH y de las personas en situación de vulnerabilidad y mayor exposición al riesgo, considerando:
 - Transparentar y difundir los canales de acceso y circulación sobre información y derechos, así como de deberes y facilidades.
 - Enseñar a la comunidad a emplear y recurrir a los medios y recursos de queja y acceso a ejercicio de derechos.
 - Analizar y fortalecer las redes y organizaciones que trabajan en el tema.

1.4. En relación al objetivo de mejorar los sistemas de vigilancia y evaluación.

Si bien los avances y procesos pendientes en materia de vigilancia y evaluación se detallan en la sección siguiente de este informe, es posible identificar los siguientes desafíos:

- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y las ITS, con el objetivo de superar los problemas de subnotificación e implementar un sistema de vigilancia integrado.
- Ampliar la difusión y el acceso a la información sobre VIH/SIDA e ITS.

- Promover la generación de conocimiento vinculado al VIH/SIDA e ITS, a partir de la definición de una agenda de investigación que sea pertinente a las brechas de información detectadas y que cuente con el financiamiento necesario, considerando, además, la generación de alianzas con entidades académicas, organizaciones sociales y no gubernamentales.

2. APOYO REQUERIDO DESDE EL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS.

2.1. Aportes realizados por el sistema de Naciones Unidas en el bienio 2012 – 2013.

Antes de detallar las necesidades de apoyo por parte del sistema de Naciones Unidas para el trabajo que se realizará en el país durante el siguiente período, es relevante destacar el accionar permanente de las agencias internacionales en la materia, pudiendo relevarse las siguientes intervenciones.

- El programa conjunto de SIDA de Naciones Unidas (ONUSIDA), que actualmente ha dejado de tener sede en Chile, ha cumplido una función fundamental en cuanto a la coordinación de las agencias, programas y fondos destinados a enfrentar la epidemia del VIH/SIDA en Chile.
- Conjuntamente con ONUSIDA, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha contribuido al trabajo desarrollado en la región de Arica y Parinacota, mediante el apoyo a la SEREMI de Salud en la determinación epidemiológica del VIH/SIDA y el fortalecimiento de la respuesta multisectorial de la región frente a la epidemia.
- La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha llevado a cabo diversos proyectos destinados a la prevención del VIH/SIDA y las ITS en los trabajadores del transporte, incluyendo la elaboración de normas y de buenas prácticas sobre VIH/SIDA.
- Por su parte, UNESCO ha contribuido en los procesos de investigación vinculados al ámbito de la discriminación y ha participado en los procesos de consulta y planificación.

2.2. Apoyo requerido para el siguiente período.

Para el siguiente período de trabajo, y considerando los desafíos planteados en la primera parte de esta sección, pueden señalarse los siguientes requerimientos generales para el sistema de Naciones Unidas.

- Apoyo al posicionamiento del tema del VIH/SIDA y las ITS en la agenda pública.
- Contribución a los procesos de generación de información, mediante apoyo técnico y financiero que permita dar continuidad al desarrollo de análisis de estimaciones y de gasto en VIH/SIDA.
- Apoyo al desarrollo de investigaciones en poblaciones clave.
- Apoyo a los procesos de planificación y profundización del trabajo intersectorial que se realizan en regiones, considerando el modelo de Arica y Parinacota.

VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.

En materia de vigilancia y evaluación, la Respuesta Nacional desarrolla cuatro líneas de seguimiento que contribuyen a conocer la situación de la epidemia y a monitorear los problemas, avances y logros del trabajo realizado.

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

En Chile, a través del Decreto Supremo N° 158 del 22/10/2004 (Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria), el VIH/SIDA se encuentra establecido como enfermedad de notificación obligatoria universal diaria. Además, el VIH se considera como agente sujeto a vigilancia de laboratorio (artículos 9° y 10°, DS. N° 158).

De esta forma, la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA constituye un proceso regular y continuo, que es posible gracias a la interacción de diversas instancias:

- Los establecimientos de salud públicos y privados (de atención abierta, cerrada y prestadores individuales), que notifican los casos de VIH/SIDA.
- Los laboratorios de la red pública de salud y laboratorios privados, que al identificar el virus deben enviar al Instituto de Salud Pública la muestra reactiva con el formulario correspondiente.
- El Instituto de Salud Pública (ISP), encargado de la confirmación de las muestras reactivas.
- La Autoridad Sanitaria Regional (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud), que verifica, procesa y analiza la información proveniente de todos los establecimientos asistenciales (públicos y privados) de la región y envía la información al Ministerio de Salud.
- Los Servicios de Salud, que 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.
- El Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, que consolida y mantiene la base de datos.
- El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, que 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.
- El Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS, que utiliza la información epidemiológica para la planificación vinculada a las estrategias de prevención y atención del VIH/SIDA.

De esta forma, 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).

Por otra parte, el formulario de notificación (Boletín de Enfermedades de Notificación Obligatoria, ENO, Circular B51/18 del 21 de marzo de 2007) 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. Además, 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.

Lo anterior permite, a través de la vigilancia epidemiológica, 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.

En cuanto a los avances específicos registrados en este ámbito durante el bienio 2010 – 2011, pueden destacarse:

- La operacionalización de un acuerdo entre el Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS y Departamento de Epidemiología para participar conjuntamente en el análisis de la información y en la elaboración de los informes periódicos sobre la epidemia.
- El mejoramiento del proceso de validación de los datos de vigilancia sobre los casos confirmados, a partir de un acuerdo entre el Ministerio de Salud, el Instituto de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

No obstante estos avances, persisten desafíos importantes para el próximo período, entre los que se encuentran:

- Implementación del sistema nacional de información y registro, consistente en un sistema informático de registro único, que considera tanto el sector público como el privado. Si bien este sistema fue diseñado en el año 2009 y validado en 2010, aún no es implementado de manera definitiva.
- Superación de la subnotificación de casos observada en los sistemas público y privado, y fortalecimiento del rol de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud para supervisar la notificación de casos en el sistema privado.
- Desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica integrado, que considere vigilancia de primera, segunda y tercera generación.
- Definición de un Modelo de Vigilancia Epidemiológica de las ITS.

2. INVESTIGACIONES.

Como ya se ha señalado en la sección referida a las prácticas óptimas, durante el bienio 2012 – 2013 se han puesto en marcha distintas investigaciones, orientadas tanto a dar cuenta de

subpoblaciones específicas, como a generar conocimiento de problemas transversales asociados a la enfermedad:

- Inicio de estudios de prevalencia de VIH asociados a factores sociocomportamentales en trabajadoras sexuales adultas y poblaciones móviles (camioneros, mineros).
- Inicio de investigación de caracterización de mujeres recientemente diagnosticadas con VIH/SIDA.
- Desarrollo de estudio sobre elaboración de índice de riesgo de abandono/ falla a la adherencia de TARV en personas que viven con VIH.
- Generación de proyecto y consecución del financiamiento para la validación del uso de pruebas rápidas en sangre.

3. MONITOREO DEL PROGRAMA NACIONAL.

Una tercera línea de seguimiento se vincula al monitoreo y evaluación de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA y las ITS, tanto a nivel programático como de sus resultados e impacto.

En cuanto a las actividades específicas del período 2012 – 2013, pueden destacarse los procesos de planificación que se llevaron a cabo, los que no solo han permitido contar con un Plan Estratégico, sino también articular esta planificación desde el Ministerio de Salud con otros actores del ámbito estatal y también con las distintas regiones y comunal del país.

Además de estas acciones, pueden comentarse otros procedimientos de seguimiento y monitoreo que se realizan de forma continua y se mantienen desde el período anterior:

- 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 poblaciones alcanzadas por estas acciones.
- Seguimiento y registro de los/as trabajadores/as sexuales en control.
- Monitoreo de la distribución de preservativos.

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 fundadores, el Programa participó en los lineamientos técnicos de la iniciativa, cuyos fondos van principalmente a los países de ingreso bajos.
- Convenio Hipólito Unanue, Comunidad Andina de Naciones: Chile forma parte el 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.
- Compromiso para la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis.

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 INFORME NACIONAL DE PROGRESO SOBRE SIDA EN CHILE, GARPR 2014.

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

a) CNS o equivalente

Sí	No
Sí	No
Sí	No

b) PNS

c) Otras (especificar)

2) Con aportaciones de Ministerios

Educación

Sí	No
----	----

Salud

Sí	No
----	----

Trabajo

Sí	No
----	----

Relaciones exteriores

Sí	No
----	----

Otros (especificar) Justicia, Defensa, Agricultura

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) Sociedades científicas, Universidades

Sí	No
----	----

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

Sí	No
----	----

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

Edith Ortiz
Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Ministerio de Salud

Dirección

Mac Iver 541. Piso 6. Santiago.

Correo electrónico

eortiz@minsal.cl

Teléfono

(56-02) 2574 06 80.

ANEXO 2.

MATRIZ DE GASTO INDICADOR 6.1.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

MATRIZ DE FINANCIACIÓN NACIONAL 2010-2011-2012.

País

CHILE

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

Nombre

Edith Ortiz

 Cargo

Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, Ministerio de Salud

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

Dirección

Mac Iver 541. Piso 6. Santiago.
--

 Correo electrónico

eortiz@minsal.cl

Teléfono

(56-02) 574 06 80

 Fax

(56-02) 639 50 40

Período cubierto: año calendario

Años 2010, 2011 y 2012

Moneda local

Pesos chilenos

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

2010: \$ 510,25 - 2011:483,67 – 2012:486,49
--

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.)

MEGAS

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 X**

ANEXO 3.

**INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS
COMPROMISOS Y LAS POLÍTICAS NACIONALES.**

ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL (ICPN)

País	CHILE
------	--------------

Nombre del funcionario del Comité Nacional del Sida encargado de la presentación del Instrumento de Observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) a quien puede plantear sus dudas, si las tuviese.
Edith Ortiz Núñez
Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Dirección postal: Mac Iver 541. Piso 6. Santiago.
Teléfono: (56-02) 2574 06 80
Fax: (56-02) 2639 50 40
Dirección de correo electrónico: eortiz@minsal.cl

Describe el proceso utilizado para recopilar y validar los datos del ICPN
Para la elaboración del Índice Compuesto de Política Nacional, se convocó a tres reuniones de trabajo. En la primera de ellas participaron representantes de distintos sectores de gobierno, quienes aportaron para completar la parte A del cuestionario. Esta reunión se realizó el día 14 de marzo de 2014, con la asistencia de 30 personas, representantes del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Servicio Nacional de Menores, Gendarmería de Chile, el Servicio Nacional de la Mujer, el Instituto Nacional de la Juventud, el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Defensa, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Justicia, la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena y la Asociación de Municipalidades de Chile. Esta reunión se desarrolló con una amplia discusión y se acordó completar las respuestas faltantes, por vía mail para integrarlas y completar el ICPN, parte A, que se incluye en este informe. La segunda y tercera reunión, convocadas para completar el ICPN, parte B, fueron realizadas con fecha 20 de marzo, en dos jornadas de trabajo. En la jornada de la mañana se trabajó con representantes de sociedades científicas, académicos y agencias internacionales, a la cual asistieron 9 personas, provenientes de las Universidades: de Chile, Católica, Andrés Bello; Hospital San Juan de Dios, Hospital Roberto del Río; OIT, OIM y UNESCO. En la jornada de la tarde, participó un total de 13 representantes de organizaciones sociales: MUMS, Fundación Margen, Fundación Savia, Sindicato Trans Amanda Jofré, ICW-Capítulo Chileno, RENPO/Chile, Mesa Intersectorial VIH/SIDA de la Región Metropolitana, Asociación Indígena Kiñe Pu Liwen, Agrupación Positivamente Positivos, CONVIHDA Red VIVOPOSITIVO y Coordinadora Nacional VIVOPOSITIVO. Adicionalmente, este último grupo se auto convocó a una nueva reunión para consensuar y completar el indicador. Esta reunión se realizó el día 26 de marzo. Como resultado de este proceso, se obtuvo dos cuestionarios del ICPN, parte B, que se incluyen en el presente reporte. Todas las reuniones señaladas, fueron realizadas en dependencias del Ministerio de Salud. La convocatoria se inició el día 8 de marzo y el proceso de elaboración de ICPN parte A y B, concluyó el día 28 de marzo de 2014.
Describe el proceso utilizado para resolver los desacuerdos, si los hubiera, relativos a las respuestas a preguntas concretas
Para consensuar tanto el ICPN parte A, como el ICPN parte B, los participantes acordaron enviar las respuestas que no pudieron completarse en las reuniones de trabajo vía mail, las cuales fueron sistematizadas e integradas en un cuestionario único del ICPN, parte A y dos cuestionarios del ICPN, parte B, los cuales se incluyen en el presente informe. Todo este proceso de elaboración del indicador, se desarrolló entre los días 8 y 28 de marzo de 2014.

Destaque 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 aspectos similares)

Los participantes manifiestan durante el análisis y la formulación de respuesta a las preguntas del cuestionario del ICPN, tanto parte A como parte B, la complejidad de realizar las evaluaciones requeridas, dado que tanto la interpretación de las preguntas como la subjetividad de las respuestas, pueden presentar variabilidad dependiendo desde dónde se sitúe el análisis. En este contexto, surge la duda respecto a la comparabilidad de las opiniones de los distintos actores y países.

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.1	A.2	A.3	A.4	A.5	A.6
Ministerio de Agricultura	Sergio Soto Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Instituto Nacional de la Juventud	Camilo Escobar Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Relaciones Exteriores	Leyla Vásquez Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Corporación Nacional de Desarrollo Indígena	Brody Lagos Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Gendarmería de Chile	Eugenia Díaz Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Defensa Nacional	Angélica Pino Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Defensa Nacional	Gerardo Bonilla Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Tania Herrera, Jefa Programa Tuberculosis	X	X	X	X	X	X
Ministerio de salud	Zulema Torres, Programa de Tuberculosis	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Karen Cáceres, Departamento Epidemiología	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Sergio Loayza, Jefe Departamento Epidemiología	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Beatriz Heyermann, DIGERA - GES	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Ana María Merello DIGERA - GES	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Carolina Isla DIGERA - GES	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Justicia	María Paz González Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Justicia	Pedro Díaz Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Gloria Berrios, Programa	X	X	X	X	X	X

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

	Nacional VIH/SIDA/ITS						
Ministerio de Salud	Mayra Torres, Programa Nacional VIH/SIDA/ITS	X	X	X	X	X	X
Servicio Nacional de la Mujer	Mónica Herrera, Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Educación	Erika Castro Quezada, Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Secretaría Regional de Salud Región Metropolitana, SEREMI	Gabriel Carreño, programa VIH/SIDA/IST, SEREMI, Región Metropolitana	X	X	X	X	X	X
Servicio Nacional de Menores	Carola González Referente Intersectorial	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Karinna Cuevas, Departamento de Información y Estadísticas de Salud	X	X	X	X	X	X
Asociación de Municipalidades de Chile, AMUCH.	Marisol Osorio, representante AMUCH.	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Miriam González; Programa Ciclo Vital	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Paola Donoso, Programa Nacional VIH/SIDA/ITS	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Irene Escribano, Programa Nacional VIH/SIDA/ITS	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Edith Ortiz, Programa Nacional VIH/SIDA/ITS	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Ana María San Martín, Programa Nacional VIH/SIDA/ITS	X	X	X	X	X	X
Ministerio de Salud	Julia Vásquez, Programa Nacional VIH/SIDA/ITS	X	X	X	X	X	X

ICPN - PARTE B [para que respondan los representantes de organizaciones de la sociedad civil, 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.1	B.2	B.3	B.4	B.5
Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS)	Ignacio Yáñez Castillo	X	X	X	X	X
Mesa Intersectorial Servicio de Salud Sur Oriente	Jorge Carreño Integrante	X	X	X	X	X
Fundación Savia, Salud, Vida y Acción Social	Luz María Yaconi Directora Ejecutiva	X	X	X	X	X

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Fundación Savia, Vida y Acción Social	María Soledad Vidal Directora Técnica	X	X	X	X	X
ICW Capitulo Chileno	Marcela Silva A. Referente Titular	X	X	X	X	X
ICW Capitulo Chileno	Carolina Paulsen Referente Área Mujer	X	X	X	X	X
Red Nacional de Pueblos Originarios, RENPO Chile	Tibor Gutiérrez Integrante	X	X	X	X	X
Asociación Indígena Kiñe Pu Liwen	Juana Cheuquepan Coordinadora Programa Educación Intercultural Bilingüe de La Pintana.	X	X	X	X	X
Agrupación de Personas Viviendo con VIH/SIDA Positivamente Positivos y Grupo Acción solidaria.	Luis Benavides Punto Focal en Chile, Redlacvo+ Chile Red Latino Americana y Caribe en Acción Voluntaria en VIH/SIDA	X	X	X	X	X
Fundación Margen, Apoyo y Promoción de la Mujer	Herminda González I. Presidenta Fundación Margen Coordinadora Nacional RedTraSex	X	X	X	X	X
Sindicato Nacional Independiente de Trabajadores Sexuales Comunidad Trans, Amanda Jofré	Bianca Vidal Representante	X	X	X	X	X
CONVIHDA RED VIVOPOSITIVO	Manuel Jorquera Presidente	X	X	X	X	X
VIVOPOSITIVO	Sara Araya Presidenta	X	X	X	X	X
Universidad de Chile	Pablo Tapia Académico	X	X	X	X	X
Universidad Católica	Lilian Ferrer Académica	X	X	X	X	X
Universidad Andrés Bello	Anabella Arredondo Académica	X	X	X	X	X
Universidad de Chile	Irma Palma Académica Facultad Ciencias Sociales	X	X	X	X	X
Hospital Roberto del Río	María Isabel Galaz, Comité Científico Asesor VIH; Encargada Programa VIH/SIDA, Unidad de Infectología	X	X	X	X	X

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Hospital San Juan de Dios	Patricia Vásquez, Comité Científico Asesor VIH/SIDA MINSAL.	X	X	X	X	X
Organización Internacional del Trabajo, OIT	Eric Carlson Especialista en VIH para la OIT.	X	X	X	X	X
Organización Internacional para las Migraciones, OIM	Claudia Araya, Asistente de administración y proyectos OIM_Chile	X	X	X	X	X
Organización de las Naciones Unidas para la educación de la Ciencia y la Cultura, UNESCO	Mary Guinn Delaney Asesora Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe	X	X	X	X	X

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

(para que respondan los funcionarios gubernamentales)

I. PLAN ESTRATEGICO

1. ¿Ha desarrollado el 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)

Sí **No**

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el periodo cubierto (especificar):

El Plan Estratégico Nacional de Respuesta Multisectorial a la Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, cubre el período 2012 – 2016.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente las modificaciones/mejoras principales entre la estrategia nacional actual y la anterior.

Se identifica un avance en cuanto a una definición de ejes estratégicos más amplios que explicitan y relevan la promoción de la salud sexual, calidad de vida, estigma y no discriminación, al mismo nivel que los ejes del plan estratégico previo (atención, prevención y control). Además, el Plan Estratégico actual, incluye un costeo para el quinquenio completo.

Se plantean observaciones por parte de los participantes que se constituyen en desafíos, tales como: ampliar la participación de actores, particularmente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de salud en todas las etapas del proceso de planificación; se requiere un mayor respaldo político de la Estrategia Nacional de salud y su vinculación con el trabajo intersectorial, incluido el Plan Estratégico Multisectorial en VIH/SIDA/ITS; considerar la participación de actores de base territorial en la planificación e implementación del Plan Estratégico; incluir explícitamente líneas de acción para facilitar la atención de la población migrante a la atención y focaliza enfáticamente los recursos financieros hacia las poblaciones clave y vulnerables al VIH/SIDA.

SI LA RESPUESTA ES “NO” o “NO CORRESPONDE”, explique brevemente los motivos

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, responda las preguntas 1.1 a 1.10; **SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA**, pase a la pregunta 2.

- 1.1 ¿Qué ministerios u organismos gubernamentales son los responsables generales del desarrollo e implementación de la estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

Nombre de los ministerios u organismos gubernamentales (especificar):

Ministerio de Salud

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

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

SECTORES	Incluido en la estrategia	Presupuesto asignado
Educación	Si	No
Salud	Si	Si
Trabajo	Si	No
Ejército/Polici�a (Ministerio Defensa)	Si	No
Bienestar Social (Desarrollo Social)	Si	No
Transporte	Si	No
Mujeres	Si	Si
Jóvenes (INJUV)	Si	Si
Otros: Gendarmería, Sename (Ministerio Justicia), Municipios	Si	Si

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

Aún cuando los sectores no contemplan un presupuesto específico desarrollan distintas acciones en el tema, bajo financiamiento de salud y con apoyo de agencias internacionales o con aportes de fondos del gobierno regional y local.

1.3  Est  la estrategia multisectorial dirigida a las siguientes poblaciones clave/otras poblaciones vulnerables, entornos y asuntos interrelacionados?

POBLACIONES CLAVE Y OTRAS POBLACIONES VULNERABLES

Parejas discordantes (se incluyen en normativas de atención)	Si	
Ancianos (programa en preparación)	Si	
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Si	
Poblaciones migrantes/móviles	Si	
Huérfanos y otros niños vulnerables	Si	
Personas con discapacidad		No
Usuarios de drogas inyectables		No
Profesionales del sexo	Si	
Personas transgénero	Si	
Mujeres y niñas	Si	
Mujeres y hombres jóvenes	Si	
Otros subpoblaciones vulnerables específicas: personas privadas de libertad, poblaciones indígenas, jóvenes no escolarizados.	Si	
ENTORNOS		
Prisiones	Si	
Escuelas	Si	
Lugares de trabajo		No
ASPECTOS TRANSVERSALES		
Abordar el estigma y la discriminación	Si	
Capacitación de la mujer y/o igualdad de género	Si	
VIH y pobreza		No

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Protección de los derechos humanos	Si	
Participación de las personas que viven con el VIH	Si	

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique cómo se identificó a las poblaciones clave.

De acuerdo al perfil de la epidemia en el país, la población de usuarios de drogas inyectables no representa una población prioritaria en tanto población clave. Sin embargo, la vinculación del consumo problemático de alcohol y drogas con la vulnerabilidad y la exposición al riesgo se considera transversalmente en los planes de intervención, siendo un área en la se requiere mayor desarrollo.

En el caso de las personas con capacidades diferentes (discapacidad), tienen acceso a todas las prestaciones y servicios relativos al VIH/SIDA y las ITS.

1.4 ¿Cuáles son las poblaciones clave y los grupos vulnerables a los que van destinados los programas nacionales del VIH?

Personas que viven con VIH	Si	
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Si	
Poblaciones migrantes/móviles		No
Huérfanos y otros niños vulnerables	Si	
Personas con discapacidad		No
Usuarios de drogas inyectables		No
Población reclusa (Personas privadas de libertad)	Si	
Profesionales del sexo	Si	
Personas transgénero	Si	
Mujeres y niñas	Si	
Hombres y mujeres jóvenes	Si	
Otras poblaciones clave/subgrupos de población vulnerables específicos: pueblos indígenas	Si	

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

Si No

NOTA: las distintas ramas de las Fuerzas Armadas, disponen de estrategias y programas de atención, prevención y control de acuerdo a cada institucionalidad. Gendarmería de Chile, cuenta con un programa nacional de larga trayectoria.

1.6 ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo?

Si No

1.7 ¿Incluye la estrategia multisectorial o el plan operativo:

a) Objetivos formales del programa?	Si	
b) Metas e hitos claros?	Si	
c) Un desglose de los costos de cada área?		No

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

d) Una indicación de las fuentes de financiación para apoyar la ejecución del programa?	No	
e) Un marco de seguimiento y evaluación?	Si	

1.8 ¿Ha garantizado el país la integración y participación plenas de la sociedad civil en el desarrollo de la estrategia multisectorial?

Participación activa **Participación moderada** No Participación

SI LA PARTICIPACION ES ACTIVA, explique brevemente cómo se organizó

SI LA PARTICIPACION ES NULA O MODERADA, explique brevemente por qué:

Los participantes no consideran que la participación de la sociedad civil corresponda a una "participación plena", asumiendo que ello se expresaría en todas las etapas del proceso. Se observa que las instancias de participación han sido de tipo consultivo. Se requiere profundizar en tanto política de estado.

Por otra parte, no ha contemplado a una gran diversidad de organizaciones sociales existentes, básicamente se ha trabajado con organizaciones vinculadas al VIH.

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

Sí No N/C

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

Sí, todos los asociados **Sí, algunos asociados** No N/C

SI LO HAN HECHO ALGUNOS O NINGUNO, explique brevemente en qué áreas no hay ajuste/armonización y por qué:

La armonización con los asociados en la estrategia multisectorial apunta principalmente a la existencia de un entorno favorable a la prevención del VIH, por ejemplo, trabajo en el área de los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva, protección de los derechos de la infancia, inclusión de género, entre otros.

2.1 ¿Ha integrado el país el VIH en alguno de los siguientes planes de desarrollo específicos?

PLANES DE DESARROLLO ESPECIFICOS

Evaluación común para el país/Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo	No	
Plan de desarrollo nacional	No	
Estrategia de lucha contra la pobreza	No	
Plan estratégico nacional de Protección Social	No	

Enfoque multisectorial	No	
Otros (especificar)	No	

2.2 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuáles de las siguientes áreas específicas relacionadas con el VIH están incluidas en uno o más planes de desarrollo?

AREA RELACIONADA CON EL VIH INCLUIDA EN EL OBJETIVO DE LOS PLANES DE DESARROLLO

Eliminación de las leyes punitivas	Si	No	N/C
Alivio del impacto del VIH (incluida la atención paliativa para adultos y niños)	Si	No	N/C
Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención o apoyo relativos al VIH	Si	No	N/C
Reducción de las desigualdades de ingreso que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención o apoyo relativos al VIH	Si	No	N/C
Reducción del estigma y discriminación	Si	No	N/C
Tratamiento, atención y apoyo (incluidos la protección social u otros planes)	Si	No	N/C
Empoderamiento económico de las mujeres (p.ej. acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)	Si	No	N/C
Otros (especificar)	Si	No	N/C

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

Sí No N/C

3.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, en una escala de 0 a 5 (donde 0 es Bajo y 5 es Alto), ¿en qué grado ha incidido la evaluación en las decisiones de asignación de recursos?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

4. ¿Cuenta el país con un plan para el fortalecimiento de los sistemas de salud?

Sí No

SI ES SI, incluya información sobre cómo esto ha impactado en las infraestructuras relacionadas con el VIH, en los RRHH y capacidades y en los sistemas logísticos de suministro de fármacos:

La descentralización de las decisiones terapéuticas y de la planificación local de la compra de ARV, ha permitido la instalación de capacidades en los equipos locales de atención, el uso de tecnologías on line, y con ello, optimizar los tiempos involucrados en estos procesos.
El esfuerzo ha estado también radicado en incrementar la disponibilidad de recursos humanos especializados en la atención y tratamiento.

5. ¿Hay centros de salud que facilitan servicios para el VIH incorporados a otros servicios sanitarios?

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

AREA	Muchos	Pocos	Ninguno
a) Asesoramiento y pruebas del VIH con servicios para la salud sexual y reproductiva		X	
b) Asesoramiento y pruebas del VIH y tuberculosis	X		
c) Asesoramiento y pruebas del VIH y atención extrahospitalaria general		X	
d) Asesoramiento y pruebas del VIH y enfermedades crónicas no transmisibles			X
e) Terapia antiretroviral y tuberculosis	X		
f) Terapia antiretroviral y atención hospitalaria general		X	
g) Terapia antiretroviral y enfermedades crónicas no transmisibles			X
h) PTMI y servicios de asistencia prenatal/servicios para la salud materna e infantil	X		
i) Otros comentarios relacionados con la integración del VIH: Los servicios de asesoramiento, pruebas están disponibles en toda la red asistencial e integrado los programas de salud. La atención de VIH y tratamiento con ARV se concentra en los 70 Centros de atención de adultos y niños en todo el país.			

6. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica de los programas de su país relacionados con el VIH en el año 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

Se cuenta con un Plan Estratégico Multisectorial; se han desarrollado esfuerzos en planificación y la búsqueda y formalización de acuerdos de trabajo con otros sectores gubernamentales, formalizados mediante convenios y planes operativos 2013-2014.

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

Mejorar canales de difusión de la planificación estratégica para lograr una mayor participación de actores internos, intersectoriales y sociales, en todas las etapas del proceso.

Necesidad de mayor respaldo político, expresado en un Plan con carácter de mandato y el financiamiento necesario.

II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

El apoyo político incluye al gobierno y líderes políticos que hablan abierta y frecuentemente sobre el VIH y el SIDA y demuestran su liderazgo a través de varias formas: la asignación de presupuestos nacionales para el apoyo de programas relacionados con el VIH, y el empleo eficaz de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil para el apoyo de programas relacionados con el VIH.

1. Los siguientes altos cargos hablan en público a favor de los esfuerzos relacionados con el VIH en los grandes foros locales, al menos 2 veces al año:

A. Ministros del gobierno

Sí

No

B. Otros altos cargos a nivel subnacional

Sí

No

1.1 En los últimos 12 meses, ¿ha emprendido alguna acción el presidente u otros altos cargos que demostrara liderazgo en la respuesta al VIH?
(por ejemplo, prometió más recursos para rectificar los puntos débiles identificados en la respuesta al VIH, habló del VIH como un tema que concierne a los DDHH en foro nacional/internacional, o llevó a cabo actividades como visitar un centro de tratamiento del VIH, etc.)

Sí

No

Describe brevemente algún ejemplo de una ocasión en la que el presidente u otro alto cargo haya demostrado su liderazgo:

2. ¿Dispone el país de órgano de coordinación multisectorial nacional reconocido oficialmente (Consejo Nacional del SIDA o equivalente)?

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique brevemente por qué No, y cómo se gestionan los programas del VIH:

La coordinación del trabajo en VIH/SIDA del país está radicada en el Ministerio de salud, a través de un Departamento que desarrolla el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS.

2.1 **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:**

El órgano de coordinación multisectorial, nacional del SIDA:

¿Tiene términos de referencia?	Si	No
¿Cuenta con el liderazgo y participación activa del gobierno?	Si	No
¿Tiene un presidente oficial?	Si	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA , cómo se llama y qué cargo tiene?		

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

¿Tiene una composición definida?	Si	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, cuántos lo componen?		
¿incluye a representantes de la sociedad civil?	Si	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, a cuántos?		
¿Incluye a las personas que viven con VIH?	Si	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, a cuántos?		
¿Incluye al sector privado?	Si	No
¿Refuerza la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?	Si	No

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

Sí
No
N/C

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente los principales logros conseguidos:
Existen programas e iniciativas de interacción gobierno sociedad civil a nivel nacional y regional, entre los cuales destacamos: 1. Fondo de proyectos dirigidos a Organizaciones de la sociedad civil para ejecutar acciones orientados a la promoción de la salud sexual, prevención del VIH/SIDA e ITS, y tolerancia y no discriminación desde el Ministerio de Salud y la División de Organizaciones Sociales (DOS) del Ministerio Secretaría General de Gobierno (SEGEOB). 2. Concurso Buenas Prácticas, que convoca a instituciones públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de premiar las buenas prácticas que promueven el respeto y la inclusión de las personas y grupos vulnerados. Entre los logros se puede señalar: - Fortalecimiento del trabajo colaborativo. - Reconocimiento al trabajo de distintas instituciones y organizaciones sociales. - Desarrollo de acciones a poblaciones como campañas de prevención, dirigidas a pueblos indígenas en zonas de alto interés turístico (Isla de Pascua, Chiloé).

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?
Incorporación activa, permanente del sector privado en las respuestas al VIH/Sida y las ITS.

4. ¿Qué porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH se dedicó a actividades llevadas a cabo por la sociedad civil durante el año pasado (2013)?

%

NOTA: No se dispone de esta información.

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?

Desarrollo de capacidades	Sí	
---------------------------	----	--

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Coordinación de otros asociados de ejecución	Sí	
Información sobre las necesidades prioritarias	Sí	
Adquisición y distribución de fármacos u otros suministros (preservativos, materiales educativos)	Sí	
Orientación técnica	Sí	
Otra (especificar a continuación): apoyo financiero para ejecución de acciones de organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA	Sí	

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

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, enumere y describa cómo se enmendaron las políticas/leyes:
Nombre y describa las incoherencias que persisten entre las políticas/legislación y las políticas de control nacional del SIDA:
La Ley de Regulación de la Fertilidad entrega autonomía a adolescentes entre 14 y 18 años para el acceso a la anticoncepción de emergencia, sin embargo, el Reglamento que regula el examen VIH, establece que los menores de 18 años deben contar con la autorización de padres o tutores legales para el acceso al examen VIH. Esta misma Ley obliga al Estado a impartir educación sexual para la población escolarizada y la Política General de Educación al sostener la libertad de enseñanza, deja al arbitrio de las comunidades educativas la decisión de implementar programas de educación sexual, generando inequidad en el acceso, lo que incide en la vulnerabilidad al VIH.

7. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), cómo calificaría el apoyo político al programa VIH en el 2013?

Muy deficiente											Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Desde 2011, cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

A partir del apoyo político, se logra la promulgación de la Ley Antidiscriminación y la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes.

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

Realizar un mayor esfuerzo en transversalizar la temática, de tal manera que cada Ministerio y Servicio Público, se comprometa en acciones concretas que estén reflejadas en sus procesos de planificación anual.

Asignación de presupuestos específicos en los distintos sectores gubernamentales para trabajar en VIH/SIDA e ITS.

Lograr la participación activa del sector privado en la respuesta país al VIH.

III. DERECHOS HUMANOS

1.1. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones contra la discriminación de forma específica a poblaciones clave determinadas y a otros grupos vulnerables? Rodee “sí” si la política se refiere específicamente a una de las siguientes poblaciones clave y grupos vulnerables:

POBLACIONES CLAVE Y GRUPOS VULNERABLES		
Personas que viven con el VIH	Sí	
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	
Huérfanos y otros niños vulnerables(Niños y Niñas vulnerados en sus derechos)	Sí	
Personas con discapacidad	Sí	
Usuarios de drogas inyectables		No
Población reclusa (población privada de libertad)		No
Profesionales del sexo		No
Personas transgénero	Sí	
Mujeres y niñas	Sí	
Mujeres y hombres jóvenes	Sí	
Otros grupos vulnerables específicos (especificar) Pueblos indígenas	Sí	

1.2. ¿Dispone el país de una ley general contra la discriminación (es decir, distinta de la discriminación relacionada con el VIH específicamente)?

Sí

SILA RESPUESTA a las preguntas 1.1 o 1.2 ES AFIRMATIVA, describa brevemente los contenidos de esas leyes:

La Ley N°20.609 contra la Discriminación, establece mecanismos para entablar una acción judicial frente a la discriminación arbitraria, posibilitando eficazmente el imperio del derecho, toda vez que se cometa un acto de discriminación arbitraria. Traduce el deber del Estado de elaborar políticas y arbitrar las acciones que sean necesarias para garantizar que las personas no sean discriminadas en el goce y ejercicio de sus derechos fundamentales.

El ámbito de esta ley incluye la discriminación por raza o etnia, nacionalidad, situación económica, el idioma, la ideología u opinión política, la religión o creencia, la sindicalización o participación en organizaciones gremiales o falta de ellas, el sexo, la orientación sexual, como la identidad de género, el estado civil, la edad, la filiación, la apariencia personal y la enfermedad o discapacidad.

Comente brevemente qué mecanismos están en marcha para garantizar la implementación de estas leyes:

Los Juzgados de Letras de todo el país, están disponibles para recibir las demandas o querellas que los afectados presentan cuando se comete un acto de discriminación arbitraria.

Se encuentra en funcionamiento el Instituto Nacional de Derechos Humanos; algunas organizaciones sociales cuentan con servicios de apoyo jurídico, elaboran informes y se ha desplegado una amplia difusión de la Ley en los medios de comunicación social.

Comente brevemente en qué grado se están aplicando actualmente:

En forma paulatina se ha ido ejerciendo la aplicación de Ley N°20.609 en particular, asociada a denuncias de discriminación por violencia contra personas de la diversidad sexual.

2. ¿Dispone el país de leyes, reglamentaciones o políticas que presenten obstáculos a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para las poblaciones clave y los grupos vulnerables?

Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué poblaciones clave y grupos vulnerables?		
Personas que viven con el VIH	Sí	
Ancianos		No
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres		No
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	
Huérfanos y otros niños vulnerables		No
Personas con discapacidad		No
Usuarios de drogas inyectables		
Población reclusa	Sí	
Profesionales del sexo	Sí	
Personas transgénero	Sí	
Mujeres y niñas		No
Mujeres y hombres y jóvenes	Sí	
Otros grupos vulnerables específicos (especificar a continuación)		No

Describa brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones o políticas:

- Decreto 45, que modifica el Reglamento 182 sobre VIH, facultando al médico para buscar contactos de las personas diagnosticadas con VIH.
- Regulaciones nacionales, impiden que personas migrantes ilegales, accedan a servicios de salud.
- Reglamentación interna de Gendarmería y otras ramas de las Fuerzas Armadas, tienen disposiciones normativas o legales que impiden acceso a servicios preventivos, por ejemplo preservativos.
- Artículo 373 del Código Penal, se refiere a sanciones que atentan contra “el pudor, la moral y las buenas costumbres”.

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

Todas estas regulaciones, normativas y reglamentaciones, afectan a los grupos clave y más vulnerables frente al VIH en su acceso a la atención de salud, gestión de riesgo para la prevención, se incrementan factores de vulnerabilidad, por el atropello a sus derechos humanos básicos.

En el caso de migrantes ilegales, no pueden acceder a servicios de atención, prevención y control de salud, con excepción de las mujeres embarazadas y niños/as.

En el caso a trabajadores/as sexuales, personas trans, hombres gay, las policías mediante la aplicación arbitraria del Artículo 373, detienen y requisan preservativos a estas poblaciones.

IV. 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

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

Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	Sí	
Práctica de relaciones sexuales (más) seguras	Sí	
Combatir la violencia contra las mujeres	Sí	
Mayor aceptación y participación de las personas que viven con VIH	Sí	
Mayor participación de los hombres en programas de salud reproductiva	Sí	
Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH	Sí	
Circuncisión masculina bajo supervisión médica		No
Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH	Sí	
Promoción de una mayor igualdad entre hombres y mujeres	Sí	
Reducción del número de parejas sexuales		No
Uso aguja y jeringas limpias		No
Uso sistemático del preservativo	Sí	
Otros (especificar a continuación) promoción del examen VIH para el diagnóstico y tratamiento precoz y prevención primaria	Sí	

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

Sí

2. ¿Tiene el país una política o estrategia establecidas para promover la educación de los jóvenes sobre el VIH en base a la preparación para la vida?

Sí

2.1

¿Forma parte el VIH del plan de estudios de:

Las escuelas primarias?	Sí	
Las escuelas secundarias?	Sí	
La formación de maestros?		No

2.2 ¿Proporciona la estrategia

a) Elementos relacionados con la salud sexual y reproductiva adecuados a la edad?

Sí

b) Elementos relacionados con la salud sexual y reproductiva que tiene en cuenta las cuestiones de género?

Sí

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

Sí

3. ¿Tiene el país una política o estrategia para promover la información, educación y comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para los subgrupos de población clave u otros subgrupos de población vulnerable?

Sí

Describa brevemente el contenido de esta política o estrategia:

En el área de educación formal, el Ministerio de Educación orienta al sistema educativo para abordar la prevención de conductas de riesgo, desde un enfoque preventivo-formativo, que proyecta hacia una formación integral, a través del desarrollo de competencias que le permiten tener la información y conocimientos, las estrategias, habilidades, destrezas y finalmente, las actitudes consistentes con conductas de autocuidado y responsabilidad con su cuerpo y su bienestar. En este marco, el proceso de enseñanza-aprendizaje de las competencias de autocuidado y prevención, se aborda desde los Objetivos Fundamentales Transversales (OFT, marco curricular) y los Objetivos de Aprendizaje Transversales (OAT, bases curriculares) propuestos por el Currículum Nacional Chileno. El carácter transversal de estos objetivos, señala que deben ser desarrolladas en todos los ámbitos de aprendizaje de la vida escolar, de manera que no quede reducido a un grupo de asignaturas, sino que esté presente en todas las asignaturas y sectores de aprendizaje.

La Estrategia Nacional de Prevención involucra cuatro ejes (individuales, grupal/comunitario, masivos e Intersectorial) en los que se desarrollan distintas acciones dirigidas a promover la información, educación y comunicación en población general, poblaciones clave y vulnerables.

3.1. **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA**, qué poblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política/estrategia?

	UDI	HSH	Prof.del Sexo	Clientes	Pob. Reclusa	Otra P.Indígenas
Promoción del preservativo		X	X		X	
Terapia de sustitución de drogas						
Asesoramiento y pruebas del VIH		X	X		X	
Intercambio de agujas y jeringas						
Salud reproductiva, incluida la prevención y tratamiento de las ITS		X	X		X	X
Reducción del estigma y la discriminación		X	X		X	X
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH		X	X		X	X
Reducción de la vulnerabilidad (por ej. generación de ingresos)						

3.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2013?

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- Campañas de promoción de la detección del VIH para el diagnóstico e ingreso precoz al tratamiento en población general.
- Mayor asertividad en el uso del lenguaje de las campañas.
- Material de difusión, incluyendo lenguas originarias de pueblos indígenas.
- Elaboración de programa nacional para niños y niñas del sistema de protección de derechos, jóvenes infractores de ley y población adulta privada de libertad; difusión de programa nacional a todas la Seremis de Justicia.
- La División de Organizaciones Sociales de la DOS, ha capacitado a los funcionarios públicos de Ministerios y Servicios, así como a las Organizaciones de la Sociedad Civil, en Ley N°20.609 (No Discriminación Arbitraria).

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

Voluntad política insuficiente para formalizar compromisos de trabajo, apoyo y fortalecimiento de coordinación nacional y regional intersectorial salud-educación.

Avanzar significativamente en campañas de prevención orientadas a grupos focalizados, entre ellos grupos claves y más vulnerables.

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

Sí

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

En el proceso de análisis y planificación estratégica del Plan Multisectorial Quinquenal y en el proceso de Consulta sobre la Declaración Política 2011 sobre VIH/SIDA de Naciones Unidas, realizada en el 2013 y en distintos encuentros de trabajo con el intersector y organizaciones de la sociedad civil.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, cuáles son dichas necesidades específicas?

Se destacan:

- Salud sexual promocionada a través de estrategias multisectoriales.
- Abordaje de la educación en sexualidad en establecimientos educacionales.
- Uso correcto y consistente del condón
- Conocimiento e información estratégica para la toma de decisiones sobre prevención y transmisión del VIH e ITS.
- Mayor inversión en prevención primaria del VIH y las ITS
- Ampliar la provisión de servicios de prevención.
- Educación social para la no discriminación.
- Invertir en participación social en la respuesta a la prevención del VIH y las ITS

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

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Seguridad hematológica				X	
Promoción del preservativo		X			
Apoyo económico (por ej. transferencias de dinero en efectivo)					X
Reducción de daños para los UDI					X
Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados		X			
Prevención del VIH en los lugares de trabajo		X			
Asesoramiento y pruebas del VIH				X	
IEC sobre reducción del riesgo	X				
IEC sobre reducción del estigma y discriminación		X			
Prevención de la TMI				X	
Prevención para las personas que viven con el VIH			X		
Servicios de salud reproductiva, incluidas la prevención y tratamiento de las ITS			X		
Reducción de riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave	X				
Reducción de riesgo para los HSH		X			
Reducción de riesgo para los profesionales del sexo			X		
Reducción de la violencia de género			X		
Educación escolar sobre el VIH para jóvenes		X			
El tratamiento como prevención			X		
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria				X	
Otros[especificar]:					

5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO.

1. ¿Ha identificado el país los elementos esenciales de un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, identifique brevemente los elementos y a cuáles se les ha dado prioridad:

- Nueva Ley de Garantías Explícitas en Salud-GES que incorpora la sospecha del diagnóstico del VIH y su seguimiento.
- Actualización de la guía clínica sobre VIH/SIDA en 2013
- Fortalecimiento del recurso humano en los establecimientos que incluyen prestaciones integrales para las personas que viven con VIH/SIDA.

Describa brevemente cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH:

- Ampliación de coberturas para la atención a personas viviendo con VIH/SIDA, específicamente en exámenes de seguimiento.
- Aumento del presupuesto para ampliar la cobertura de tratamiento para las personas que viven con VIH/SIDA
- Aumento de las horas de profesionales no médicos para la atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA

1.1. ¿En qué grado se están ejecutando los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con VIH?

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Terapia antirretrovírica			X		
Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis				X	
Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH			X		
Diagnóstico infantil precoz				X	
Apoyo económico	X				
Atención y apoyo centrados en la familia					X
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)		X			
Asesoramiento y pruebas del VIH a las personas con tuberculosis				X	
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo					X
Atención nutricional			X		
Tratamiento pediátrico del SIDA				X	
Atención paliativa para niños y adultos				X	

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto				X	
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)			X		
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición ocupacional del VIH			X		
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y para sus familias		X			
Gestión de la infección transmitida por vía sexual					
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios			X		
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH				X	
Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH				X	
Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH				X	
Otros[especificar]:					

2. ¿Dispone el gobierno de una política o estrategia para prestar apoyo social y económico a las personas seropositivas?

No

Aclare qué tipo de ayuda social y económica se ha brindado:

--

3. ¿Dispone el país de una política o estrategia para desarrollar/usar medicamentos genéricos o importar paralelamente medicamentos para el VIH?

Sí

4. ¿Tiene el país acceso a la obtención y suministro a nivel regional de los mecanismos de control de materias esenciales, como los fármacos para la TARV, preservativos y medicamentos de sustitución?

Sí

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, a qué tipo de materias?

Tanto los antiretrovirales, los preservativos, técnicas diagnósticas y los medicamentos para infecciones oportunistas a nivel nacional, requieren Registro Sanitario otorgado por el Instituto de Salud Pública, para lo cual deben someterse a los mecanismos de control de calidad establecidos en el país.

5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- Incorporación del seguimiento y la sospecha diagnóstica al Plan Garantizado de Salud (GES) para beneficiarios del seguro de salud público (FONASA) y del seguro de salud privado (ISAPRES).
- Aumento de centros de atención en la red asistencial pública.
- Aumento del recurso humano en los centros de atención a personas viviendo con VIH/SIDA en la red asistencial pública.
- Aumento del presupuesto para coberturas de tratamientos antiretrovirales y otros en la red asistencial pública.

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

- Cerrar brechas de recurso humano y actualizar el modelo de atención integral en la red asistencial pública cercana a las personas.
- Obtención de datos del sector privado
- Actualización de la Norma de accidentes laborales en el contexto de la prevención del VIH/SIDA.

6. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí

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

Sí

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

Sí

7. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

2011: constitución de mesa de trabajo intersectorial Ministerio de Justicia/Servicio Nacional de Menores/Ministerio de Salud.
2012: inclusión de la temática del VIH/SIDA en metodologías de intervención en centros privativos de libertad SENAME.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

2013: firma de convenio de colaboración interinstitucional SENAME-MINSAL en materia de promoción de la salud sexual, la prevención y control del VIH/SIDA y las ITS en un contexto de no discriminación.
2012-2013: construcción y ejecución de Plan Bianual de trabajo en materia de promoción de la salud sexual.

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

Plan no cuenta con recursos asociados que permitan asegurar la correcta ejecución de las acciones planificadas. Las acciones que se han podido desarrollar por parte de SENAME, han sido mediante la ejecución de presupuesto general.

VI. SEGUIMIENTO Y EVALUACION

1. ¿Tiene establecido el país un plan nacional de seguimiento y evaluación (S y E) para el VIH?

Sí

Describa brevemente los problemas encontrados en el desarrollo o implementación:

Insuficiente difusión del plan estratégico y su componente de seguimiento y evaluación a los actores participantes e integración de la información obtenida.
Falta de definición de roles y funciones de los actores, además de crear un plan con criterios de análisis y evaluación.

1.1 **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA**, años cubiertos (especificar):

Un eje estratégico del Plan Multisectorial, corresponde a Vigilancia Epidemiológica, Monitoreo, Evaluación e investigación para el quinquenio 2012 – 2016.

Se cuenta con un Plan de Monitoreo integrado para el seguimiento y evaluación de la estrategia de eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis, periodo 2012 – 2015.

Por otra parte, la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020, que incluye nueve Objetivos Estratégicos (OE), con sus Metas de Impacto y Resultados Esperados. En dos de los OE, se incluye el quehacer del Programa Nacional, por lo que los resultados esperados y las metas comprometidas han pasado a ser parte integrante del Plan de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Programa.

1.2 **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA**, han ajustado y armonizado los asociados clave sus requisitos sobre S y E (incluidos los indicadores) con el Plan Nacional de S y E?

Sí, todos los asociados

Sí, algunos asociados

No

NC

Describa brevemente cuáles son los problemas:

Principalmente el proceso de armonización se ha efectuado con instancias del intrasector, no se ha avanzado suficientemente en la armonización sobre S y E con actores externos al sector salud dadas las prioridades temáticas propias y que en general la temática de VIH/SIDA, es entendida como una responsabilidad sólo del sector salud.

2. ¿Incluye el Plan Nacional de S y E lo siguiente:

Una estrategia de recopilación de datos	Si	
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, comprende dicha estrategia:		
Encuestas del comportamiento?	Si	
Evaluación/estudios de investigación	Si	
Vigilancia de la resistencia a los ARV (estudio de cohorte)	Si	
Vigilancia del VIH	Si	
Un seguimiento sistemático del programa	Si	

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Una estrategia de análisis de datos	Si	
Una estrategia de divulgación y uso de los datos	Si	
Un conjunto bien definido y normalizado de indicadores, que incluya desglose por sexo y edad (si corresponde)	Si	
Directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos	Si	

3. ¿Existe un presupuesto para la implementación del Plan de S y E?

		No
--	--	----

3.1 **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA**, qué porcentaje de la financiación total del programa VIH se ha destinado a actividades de S y E en el presupuesto?

%

4. ¿Hay una unidad funcional de S y E en el país?

		No
--	--	----

Describe brevemente los problemas encontrados:

Si bien no existe una Unidad Nacional de S y E, se cuenta con distintos departamentos en el Ministerio de Salud a cargo de sistemas de registro, análisis, monitoreo, evaluación y divulgación de información.

4.1 ¿Dónde está ubicada la unidad nacional de S y E?

En el Ministerio de Sanidad (en distintos departamentos)	Si	
En la Comisión Nacional del SIDA o equivalente		No
En otro lugar (especificar)		No

4.2 ¿Cuántas personas y con qué cargo trabajan en la unidad nacional de S y E?

CARGO (especificar cargo en los espacios a continuación:	Jornada completa	Media jornada	¿Desde cuándo?
Empleados permanentes (añada los que sean necesarios)			
Empleados temporales (añada los que sean necesarios)	Jornada completa	Media jornada	¿Desde cuándo?

4.3 ¿Hay algún mecanismo en marcha para garantizar que todos los asociados clave entreguen sus informes/datos de S y E a la unidad de S y E para incluirlos en el sistema nacional de S y E?

	No
--	----

Describe brevemente los mecanismos que se emplean para compartir datos:

El Depto. de Epidemiología del Ministerio de Salud provee de información según los requerimientos del Programa Nacional en relación a la caracterización de los casos notificados y realiza un informe anual de la situación epidemiológica nacional, el cual es publicado en la página web institucional.

Se dispone del seguimiento sistemático de algunos indicadores del Programa, requeridos en distintos niveles del sistema público de salud.

Además, para la preparación de informes nacionales, se recogen datos del intersector y otros actores de acuerdo a la especificidad del reporte.

Cuáles son las principales dificultades:

Ausencia de un sistema único nacional e integrado para la respuesta al VIH.

5. ¿Hay un comité o grupo de trabajo nacional sobre S y E que se reúna de forma regular para coordinar las actividades de S y E?

	No
--	----

6. ¿Hay una base de datos nacional centralizada con datos relacionados con el VIH?

En proceso	
------------	--

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo es la base de datos nacional y quién la gestiona:

En el Depto. de Epidemiología existe una base nacional con todos los casos notificados y además de una base con los casos confirmados, entregada por el Laboratorio de Referencia Nacional (Instituto de Salud Pública)

Además, se cuenta con un sistema Informático, denominado SURVIH, que registra los tamizajes de VIH realizados en el área pública y su proceso de diagnóstico e información al paciente.

6.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, incluye información relacionada con el contenido, las poblaciones clave y la cobertura geográfica de los servicios relacionados con el VIH, así como con las organizaciones ejecutoras?

Sí, con todo lo anterior	Sí, pero sólo con algunos	No, con nada de lo anterior
---------------------------------	---------------------------	-----------------------------

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, pero sólo con algunos, qué tipo de información incluye?:
El sistema de vigilancia epidemiológica en su formulario de notificación, recoge algunas variables que pueden dar cuenta de población clave que se está infectando, no obstante, esta información tiene una calidad deficiente en algunos datos.

6.2 ¿Existe un sistema de información de salud funcional?

A nivel nacional	No
A nivel subnacional	No
Si la respuesta es afirmativa, a qué niveles? (especificar) En el Depto. de Epidemiología, existe la vigilancia universal de casos VIH la cual cuenta con un sistema informático de registro de casos.	

7.1 ¿Hay estimaciones fiables de las necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan TARV?

Estimaciones de necesidades futuras y actuales	Sólo estimaciones de necesidades futuras	No
---	--	----

7.2 ¿Se hace seguimiento de la cobertura del programa del VIH?

Sí	
-----------	--

a) SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se hace seguimiento de la cobertura por sexo?

Sí	
-----------	--

b) SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se hace seguimiento de la cobertura por sectores de población?

Sí	
-----------	--

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, para qué sectores de la población?:
Sector público privado. Poblaciones beneficiarias de distintos sectores de gobierno. Poblaciones clave y grupos vulnerables.

Explique brevemente cómo se usa esta información:
Para definir prioridades programáticas y financieras.

c) ¿Se hace seguimiento de la cobertura por zona geográfica?

Sí

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, a qué niveles geográficos (provincial, de distritos, otros)?

Comunal, regional y nacional.

Explique brevemente cómo se usa esta información:

Definición de prioridades programáticas y financieras.

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

No

9. ¿Cómo se usan los datos de S y E?

¿Para la mejora del programa?

Si

¿Para el desarrollo/la revisión de la respuesta nacional al VIH?

Si

¿Para la asignación de recursos?

Si

Otros usos (especificar):

Proporcione brevemente ejemplos específicos del uso de datos de S y E y los principales problemas relacionados, si hay alguno:

El seguimiento de personas en tratamiento (Estudio de cohorte) entregó información para la actualización de los protocolos terapéuticos.

10. En el último año ¿se llevó a cabo la capacitación en S y E?

¿a nivel nacional?

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el número de personas capacitadas:

¿a nivel subnacional?

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el número de personas capacitadas:

¿a nivel de prestación de servicio, incluida la sociedad civil?

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique cuántos:

- 10.1 ¿Se llevaron a cabo otras actividades de desarrollo de las capacidades de S y E además de la capacitación?

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa qué tipo de actividades

3.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de seguimiento y evaluación del programa de VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Lograr integración de diferentes fuentes de información para el S y E de la estrategia de eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis.

Contar con un informe periódico de la situación epidemiológica que permite caracterizar el VIH/SIDA en el país.

Contar con estudios en poblaciones específicas.

Consecución de recursos financieros para el desarrollo de vigilancia de tercera generación a través del estudio de la resistencia a los ARV.

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

Mejorar y activar la coordinación de todos los actores que deben participar del seguimiento y evaluación del plan, con el fin construir un plan específico de evaluación, asignando funciones, responsabilidades y financiamiento por cada actor, logrando la integración de la información relacionada al VIH.

Mejorar la difusión de los resultados de las evaluaciones entre los actores claves, y con ello, mejorar los procesos involucrados.

Conseguir el involucramiento del sector privado en el desarrollo del seguimiento y evaluación.

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

(respondido por los representantes de las organizaciones de la sociedad civil)

I. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL*.

1. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) ha contribuido la sociedad civil al fortalecimiento del compromiso político de los principales líderes y a las formulaciones de estrategias/políticas nacionales?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

Comentarios y ejemplos:

Se reconoce la existencia de liderazgos sociales que han contribuido a lograr avances en el país, en temas relacionados, sin embargo, éstos no han influido significativamente sobre la política en VIH/SIDA. Se señalan avances en materia de no discriminación y mujeres. La Organización de Transexuales, OTD, ha logrado instalar el tema en la agenda pública, jugando un rol fundamental, en poco tiempo y con un alto grado de incidencia, constituyendo una buena práctica, junto a la mantención del tema mujeres viviendo con VIH/SIDA, desde el trabajo de ICW-Chile, ambos ejemplos muestran al mismo tiempo la aparición de nuevos actores.

Algunas organizaciones como el Sindicato Amanda Jofré e ICW-Chile, plantean que han participado en la elaboración de algunas normativas y políticas públicas, tales como la Vía Clínica para la adecuación corporal de personas trans y Circulares relativas al trato y no discriminación de personas trans en la atención en el Sistema Público de Salud; el Protocolo Pediátrico, y la Guía Clínica en Salud sexual y Reproductiva de Mujeres VIH+. Sin embargo, se evalúa en grado insuficiente y se plantea que la brecha para una real incidencia es aún muy grande. Pasado más de 20 años, se aprecia un ritmo lento en los avances necesarios. Por ejemplo, los pueblos indígenas no han tenido apoyo para estar representados, ni para acciones en prevención del VIH “recién el año 2013 se apoya una experiencia de trabajo comunal” y se cuenta con una propuesta, elaborada a través de una consulta indígena sobre VIH. Se destaca que en estos informes, en general, los pueblos indígenas no están reflejados.

La incidencia desde la participación de las organizaciones en la formulación de políticas/estrategias se considera baja. Las trabajadoras sexuales plantean que no participan en la toma de decisiones “creemos que sólo se convoca a las organizaciones a validar propuestas, sin considerar el aporte que se puede realizar en el diseño de éstas”; tampoco existe una política en este sentido y no son consideradas “sujetos de derecho”. En el marco de la Estrategia de la Respuesta Regional Integrada de Prevención y Control del VIH/SIDA (RRI), la participación “no va más allá de quedar en el acta”.

Sobre la participación y la relación entre el gobierno y sociedad civil, se señala “se ha manejado con agendas separadas, dado el poco espacio dieron las autoridades de turno para propiciar los encuentros: las fechas conmemorativas son un claro ejemplo y las campañas de prevención”.

Las organizaciones que trabajan en el tema, reconocen falencias propias en la respuesta al VIH/SIDA, las cuales señalan, “han perdido fuerza” y su contribución a las políticas en VIH/SIDA es baja.

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

Se plantea además que desde las organizaciones se busca una contribución e incidencia en políticas públicas “orientadas a la transformación nacional, basadas en la justicia social, la igualdad, la solidaridad, el respeto a los derechos humanos y la legitimidad democrática.

2. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) han participado los representantes de la sociedad civil en el proceso de planificación y elaboración del presupuesto del Plan Estratégico Nacional sobre el VIH o del plan de actividades más recientes (por ej. asistiendo a reuniones de planificación y revisando borradores)?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

Comentarios y ejemplos:

Se estima un bajo grado de participación en procesos de planificación y formulación de presupuesto del Plan Estratégico Nacional en VIH/SIDA.

Algunas opiniones señalan que “nunca se ha sido parte de una planificación presupuestaria”, “No hay incidencia para tema presupuestario”, “la convocatoria ha sido escasa y a las autoridades no le ha interesado la inclusión de actores que trabajan por años en esta temática”, los representantes de la sociedad civil “no son considerados y si acaso los invitan sólo es para validar cosas que ya se tienen decididas”; “se han buscado estrategias de incidencia con el mundo político, sin resultados”.

Desde una organización, se plantea que el año 2013, participaron en reuniones de planificación, sin embargo, observan que “la participación va más allá de la asistencia, se requiere participación en la toma de decisiones”.

Sobre el tema presupuestario disponible plantean una preocupación por observar una disminución de recursos, particularmente desde el nivel regional y local. Señalan que en lugar de incrementar, los presupuestos disponibles se reducen año a año y se “presentan dificultades para acceder a recursos y desarrollar acciones desde las organizaciones sociales”.

3. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluyen los servicios suministrados por la sociedad civil en las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en?:

a. La estrategia nacional del VIH?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

b. El presupuesto nacional relacionado con el VIH?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

c. Los informes nacionales del VIH?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

Comentarios y ejemplos:

Desde las organizaciones sociales se estima que sus servicios son escasamente considerados en la Estrategia nacional, el presupuesto y los informes nacionales.

Señalan que desde las propias organizaciones no se validan los servicios brindados y es un tema que requiere mayor análisis.

Por otra parte, los servicios suministrados por las organizaciones “no son reconocidos por entidades de salud; no se facilitan los espacios y recursos para implementar acciones de prevención”. Como ejemplo se señala la situación de ICW “en los 2 últimos años no hubo reconocimiento para la organización”. Se avanzó el 2013 para resolver el problema, en forma transitoria; con ello la “trayectoria de la organización no es reconocida” y se aprecia “falta de voluntad política, independiente de los recursos”.

Otro ejemplo de la falta de reconocimiento del aporte de las organizaciones sociales se da en el ámbito de la salud intercultural “en el espacio local tampoco hay reconocimiento en la interacción con equipos de salud gubernamentales, no es visible ni valorado”; tampoco se reconoce el “trabajo en terreno de la organización de las trabajadoras sexuales, en términos de apoyo en actividades, recursos, materiales, condones, lubricantes, etc.”. Sin embargo, consideran y valoran el apoyo del Minsal en la certificación de su desempeño como monitoras en prevención de VIH/SIDA “con la cual podemos sortear el hostigamiento policial que vemos en nuestros espacios de trabajo”.

Esta opinión es compartida por la organización de personas trans y señalan que el trabajo en prevención “lo realizan en reuniones de asamblea y terrenos”; con escaso apoyo externo.

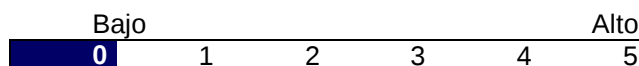
Desde la visión de la organización de pueblos indígenas se señala la necesidad de contar con “información y cifras sobre pueblos originarios con VIH/SIDA”. No cuentan con apoyo en esta demanda para respaldar su trabajo.

Por otra parte, se sostiene que la estrategia nacional en el período del reporte “más bien apuntó a la prevención del Sida y no del VIH y que los presupuestos fueron escasos”.

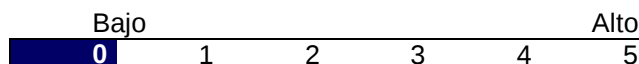
Respecto a los informes nacionales, se releva la necesidad de hacerlos “más amigables y comprensibles” para que faciliten la participación de más representantes de organizaciones sociales.

4. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluye a la sociedad civil en las tareas de S y E de la respuesta al VIH?

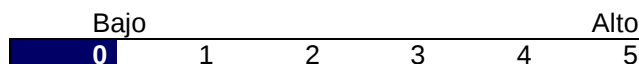
a. en el desarrollo del plan nacional de S y E



b. participa en el comité nacional de S y E en el grupo de trabajo responsable de la coordinación de las actividades de S y E?



c. participa en el uso de datos para la toma de decisiones?



Comentarios y ejemplos:

Se comparte el planteamiento de que no conocen o no han sido convocados participar de ningún mecanismo nacional de seguimiento y evaluación de la respuesta al VIH/SIDA.

Plantean disconformidad con la información disponible en cuanto a actualización de los datos y el contraste con lo observado en el nivel local “no existen datos oficiales y los cruces que se hacen con los servicios, compras y notificados no coinciden en lo absoluto”.

5. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) la representación de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluye organizaciones distintas (por ej. organizaciones y redes de personas que viven con el VIH, de profesionales del sexo, de organizaciones comunitarias y de organizaciones religiosas)?

Bajo			Alto		
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

Se reconoce la existencia de una diversidad de organizaciones sociales que trabajan en VIH/SIDA: mujeres, pueblos indígenas, personas trans, trabajadoras sexuales, organizaciones comunitarias, diversidad sexual, correspondientes a distintos niveles y sectores.

Se plantea por una parte que las dos grandes redes nacionales de PVVIH y ONGs, “ya se encontraban establecidas y las nuevas obedecen a la desavenencia de líderes que forman otras organizaciones”, y por otra, que la desarticulación de éstas, “ha permitido la expresión de una diversidad”, dado que en el pasado fueron invisibilizadas por las redes nacionales.

Respecto a la vinculación con el estado señalan “Creemos que efectivamente hay un reconocimiento a la diversidad, pero desde el Estado se trabaja por separado con cada una de las organizaciones sin enriquecernos como una sociedad civil diversa o agruparnos por las similitudes que podamos tener por muy diferentes que seamos”.

Sobre vinculación con organizaciones religiosas, se señala que es escasa y que no existen muchas de éstas trabajando en el tema del VIH.

Se estima que tampoco se han coordinado esfuerzos con organizaciones de personas privadas de libertad, agrupadas luego de salir de las cárceles, organizaciones juveniles/adolescentes, migrantes. Se observa la falta de transversalización del tema y una mayor capacidad de las organizaciones de permear a otras entidades en el tema del VIH/SIDA.

Algunas opiniones, sugieren una menor valoración en esta pregunta (Grado 1).

6. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) puede acceder la sociedad civil al?:

a. apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?

Bajo			Alto		
0	1	2	3	4	5

b. apoyo técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

Respecto al apoyo financiero, se estima que existe acceso a algunos proyectos y recursos, pero requieren ser más específicos para las poblaciones clave; en algunos casos los recursos se orientan a consultoras en la ejecución de estudios. Se plantea que se requiere una más óptima consideración de las organizaciones, independiente de su tipo, tamaño y representatividad.

Por lo anterior, se considera un bajo grado de acceso (no coinciden términos de referencia con el quehacer de las organizaciones y se observan barreras administrativas y requisitos desde las instancias regionales, lo que ha dificultado el acceso a los recursos disponibles). Esta situación se observa en los fondos concursables, tales como la Respuesta Regional Integrada de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS y los fondos provenientes de la División de Organizaciones Sociales, DOS de la Secretaría General de Gobierno; las fuentes de financiamiento nacional y externo, son escasas para las organizaciones. Incluso se sostiene que varias fuentes de financiamientos existentes “se han cerrado, como la DOS y fondos de los municipios”. Además se señala que “hay poca claridad en los criterios de asignación de los recursos, no se considera el real alcance e impacto de las organizaciones, siendo desprolija la forma en la que se distribuyen los recursos” Se agrega que la mayoría de los fondos concursables “son muy excluyentes, máxime si lo que se busca es promover el uso adecuado y sostenidos del condón”.

Se desconoce, si hay un mecanismo de colaboración técnica formal desde el Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS y de parte de las agencias internacionales. Está la disposición, pero no se identifica claramente en qué consiste. Sin embargo, se ha contado con apoyo técnico de organismos internacionales como la OIT y de profesionales del Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS.

7. ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?

PREVENCIÓN PARA LAS POBLACIONES CLAVE				
Personas que viven con el VIH	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Usuarios de drogas inyectables	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Profesionales del sexo	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Personas Transgénero	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Atención paliativa	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Asesoramiento y pruebas	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Campañas “Conozca sus derechos”/Servicios jurídicos	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Reducción del estigma y discriminación	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Servicios clínicos (Terapia antirretrovírica/IO)*	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Atención domiciliaria	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Programas para HNV**	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Pueblos indígenas/originarios	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Mujeres jefas de hogar	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Niñas/niños y adolescentes	< 25%	25-50%	51-75%	>75%

*IO = Infecciones oportunistas

**HNV = Huérfanos y otros niños vulnerables

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

8. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil el 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Situándose desde las organizaciones de la sociedad civil, los participantes califican con un 3, los esfuerzos realizados para incrementar la participación el año 2013. Se reconocen avances en materia de conocimiento, salud de mujeres VIH+ en áreas de fortalecimiento y capacitación; incorporación de un programa especial de pueblos indígenas, producción de cartillas informativas en lenguas Mapudungun, Aymara; existencia de un Observatorio de políticas públicas; diversos esfuerzos por fortalecer organizaciones sociales, establecimiento de redes de trabajo intercultural en torno al VIH; participación en la red latinoamericana de trabajadoras sexuales, REDTRASEX.

Desde una mirada hacia los esfuerzos realizados por organismos del estado, se observan calificaciones desde 0 a 1, aún cuando se valoran logros como el apoyo individual y específico desde el Programa nacional de VIH/SIDA/ITS, por ejemplo al encuentro nacional de personas Trans; respaldo formal al Proyecto “Trabajadoras del Sexo de LAC Trabajando por alternativas que disminuyan se vulnerabilidad al VIH”, presentado a la 10ª Ronda del Fondo Mundial por Fundación Margen, al encuentro nacional de una red de organizaciones, denominado “Del Reclamo a la Propuesta”; apoyo al encuentro de organizaciones con trabajo en VIH para reflexionar en tema de VIH, con la Red de Pueblos Originarios, RENPO-Chile y a iniciativas de ICW-Chile. En este contexto se plantea que en los últimos años ha sido más expedito el apoyo desde el nivel nacional que desde el local.

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

Los participantes sostienen que se requiere “descentralizar y considerar a más actores que participen a lo largo del país para que permita ver diferentes realidades y se pueda considerar políticas más representativas”; sugieren un mayor trabajo en equipo; desde algunas organizaciones se precisa la necesidad de consensuar qué se entenderá por participación y que un concepto de participación plena (entendido como incidencia en la toma de decisiones nos se observa), no existe; se requiere “participaciones reales”. Además se señala, que en “los últimos 4 años, Chile, ha experimentado un claro retroceso en estas materias”.

En otro aspecto, se plantea que se necesita abordar la situación de “una mayor adherencia a los tratamientos e implementar sistemas de visibilidad en el campo de los estudios de las personas trans”. Otras opiniones, sugieren “retomar fechas emblemáticas en la lucha contra el VIH” para mantener la necesaria sensibilidad frente al tema.

II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

1. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de personas que viven con VIH, las poblaciones clave u otros subgrupos de población vulnerable 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 de cuándo y cómo ha sucedido:

Algunas organizaciones participantes sostienen una opinión afirmativa frente a la preguntas, particularmente en el apoyo a iniciativas de las organizaciones sociales, sin embargo se observan respuestas contrarias que señalan que este proceso ha sido dificultado por tratar en forma individual la problemática.

La organización Amanda Jofré señala lo siguiente: “el respeto de la Identidad de Género dentro de los centros de Salud, y el poder decidir el lugar de atención y la forma en que se desea ser tratada, a través de una Vía Clínica creada antes del Blue Print de O.P.S.”

III. DERECHOS HUMANOS

1.1. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones contra la discriminación que protejan específicamente a poblaciones clave y otros subgrupos vulnerables? Rodee “sí” si la política se refiere específicamente a una de las siguientes poblaciones clave:

POBLACIONES CLAVE Y GRUPOS VULNERABLES		
Personas que viven con el VIH	Sí	
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres		No
Poblaciones migrantes/móviles		No
Huérfanos y otros niños vulnerables		No
Personas con discapacidad		No
Usuarios de drogas inyectables		No
Población reclusa		No
Profesionales del sexo		No
Profesionales del sexo migrantes		No
Personas trans * (Circular en recintos hospitalarios, se carece de una Ley de Identidad de Género)	SI	
Mujeres y niñas		No
Jóvenes		No
Pueblos indígenas		No
Otros grupos vulnerables específicos* (especificar) Extranjeros sin documentación al día (legales)		No

* Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados).

1.2. ¿Dispone el país de una ley general contra la discriminación (es decir, distinta a la discriminación relacionada con el VIH específicamente)?

Sí	No
-----------	-----------

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA a las preguntas 1.1 o 1.2, describa brevemente los contenidos de la ley o las leyes:

En Chile existe desde 2001 la Ley de prevención del VIH, que contiene normas en contra de la discriminación, asegurando la confidencialidad y la voluntariedad del test. Además se cuenta con la ley N° 20.609, conocida como Ley Antidiscriminación, promulgada el 12 de Julio del , la cual establece medidas contra la discriminación arbitraria y un procedimiento judicial para restablecer el derecho cuando se cometa un acto de ese tipo, incluyendo discriminación por orientación sexual, entre otros aspectos.

Se complementa que “esta ley tiene por objetivo fundamental instaurar un mecanismo judicial que permita restablecer eficazmente el imperio del derecho cuando se cometa un acto de discriminación arbitraria” y se observa que “no incluye aspectos preventivos, sino más bien se preocupa de sancionar una vez realizada la discriminación. Por último dicha sanción va en beneficio del Estado y no de las personas afectadas directamente como dispositivo reparatorio”

Explique brevemente los mecanismos establecidos para garantizar la aplicación de dichas leyes:

Se destaca una clara disposición que impone una obligación legal a todos los órganos de la Administración del Estado, sin excepción alguna, para que adecue su actuar y el ejercicio de sus funciones, dentro de su ámbito de competencia, para garantizar a toda persona el goce y ejercicio de sus derechos y libertades sin discriminación alguna. Esta ley, se aplica en los Juzgados de Letras y las denuncias son canalizadas con el apoyo de abogados del área de derechos humanos mediante recursos de amparo en los tribunales de justicia.
Comente brevemente en qué grado se están aplicando actualmente:
La ley de discriminación ha permitido que se establezcan demandas judiciales en contra de las entidades que supuestamente han causado situaciones de menoscabo a las personas. Se señala que el grado de aplicación es bajo y que “los criterios no siempre son favorables a los afectados”. Algunas denuncias llegan a tribunales, pero la mayoría no llegan a aplicar justicia a los culpables, eje: carabineros en caso de violaciones de Derechos Humanos, fundamentan, “se ajustó a derecho”.

2. ¿Dispone el país de leyes, reglamentaciones o políticas que presenten obstáculos* para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones clave y otros grupos vulnerables?

Sí	No
-----------	----

* No tienen por qué ser necesariamente políticas o leyes específicas del VIH. Abarcan las políticas, leyes o regulaciones que pueden disuadir o dificultarles a las personas el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyos. Algunos ejemplos citados en los informes nacionales del pasado, entre otros, eran: “las leyes que criminalizan las relaciones con personas del mismo sexo”, “las leyes que criminalizan la posesión de preservativos o de parafernalia de drogas”, “leyes sobre los vagabundos”; “leyes que impiden la importación de medicamentos genéricos”; “políticas que impiden la distribución o posesión de preservativos en prisiones”; “políticas que impiden a los no-ciudadanos acceder al tratamiento antirretrovírico”; “criminalización de la transmisión y exposición al VIH”, “leyes/derechos de patrimonio para las mujeres”, “leyes que prohíben facilitar información servicios sobre la salud sexual y reproductiva a los jóvenes”, etc.

2.1. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿para qué grupos?

POBLACIONES CLAVE Y GRUPOS VULNERABLES		
Personas que viven con el VIH	Sí	
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	
Huérfanos y otros niños vulnerables		No
Personas con discapacidad	Sí	
Usuarios de drogas inyectables	Sí	
Población reclusa/Personas privadas de libertad	Sí	
Profesionales del sexo	Sí	
Personas transgénero	Sí	
Mujeres y niñas	Sí	
Jóvenes	Sí	
Otros grupos vulnerables específicos* (especificar)		

* Las subpoblaciones que no figuran en la lista de arriba, que hayan sido identificadas localmente como un grupo que corre un riesgo elevado de contraer la infección del VIH (p.ej., en orden alfabético) los

bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, lesbianas, personas desplazadas dentro de su país, prisioneros, y refugiados) se pueden poner arriba si está de acuerdo.

Describe brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones o políticas:

Se trata de ausencia de leyes o reglamentos que faciliten el acceso a servicios de atención y la prevención a diversos grupos de población, entre éstos a personas privadas de libertad, migrantes, personas con capacidades diferentes, jóvenes y adolescentes, entre otros.

En el caso de trabajadoras/es del sexo, no existe una reglamentación que asegure los insumos de la prevención a quienes ejercen en la calle. Además, se aplica discrecionalmente el artículo 373 del Código Penal, se señala que “existe una reglamentación en contra de la moral y las buenas costumbres que resulta interpretable al arbitrio de la fuerza pública”. Además, las trabajadoras sexuales señalan que “constantemente un accionar de las policías que si bien no está incluido en alguna ley u ordenanza, se aplica como si lo estuviera y es el requisamiento de preservativos”, situación que afecta también a las personas trans privadas de libertad y migrantes.

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

Las poblaciones migrantes acceden al sistema de salud en forma permanente, si logran tener un contrato que les permita acceder a visa de trabajo. En caso contrario, los migrantes solo podrán atenderse de urgencia; no se ha regularizado el acceso a la atención de quienes no tienen sus documentos vigentes.

Las personas privadas de libertad, están restringidos en el acceso a condones. La institución carcelaria supone que los internos no debieran tener relaciones entre ellos.

En las redadas de las policías hacia las y los trabajadores de comercio sexual que ejercen en la calle, les quitan los condones, por lo cual trabajan sin los insumos para la prevención.

Se señala además que a personas homosexuales se les detiene porque “un representante de la policía considera que, de alguna manera, ofende la moral y las buenas costumbres”.

Desde el MUMS se plantea que “se reconoce el matrimonio únicamente entre un hombre y una mujer, no reconocimiento de la homoparentalidad, ni parejas del mismo sexo”, al tiempo que se agrega el “predominio de la variable biomédica en la generación de políticas públicas, exclusión de organizaciones sociales y fuerte influencia conservadora en políticas, lo que detiene avances en materia legal”.

3. ¿Tiene el país una política, ley o regulación para reducir la violencia contra las mujeres, como, por ejemplo, las víctimas de agresiones sexuales o las mujeres que viven con el VIH?

Sí

No

Describe brevemente el contenido de la política, ley o regulación y las poblaciones a las que se refiere:

La ley **20.066 de** violencia intrafamiliar. Toma medidas de protección en favor de mujeres o familias agredidas. No incluye, sin embargo, el tema del VIH/SIDA, por lo tanto se obvia la existencia de violencia contra las mujeres VIH+ o situaciones que afectan a mujeres trabajadoras sexuales.

4. ¿Se mencionan explícitamente en alguna de las políticas o estrategias del VIH la promoción y protección de los derechos humanos?

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo se menciona a los derechos humanos en esta política o estrategia del VIH:

Tanto en el Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS y Ley del SIDA, se señalan:

El Derecho a la no discriminación, a la protección e igualdad ante la ley
El Derecho a la Vida
El Derecho al trabajo
El Derecho a la educación.
El Derecho a la atención

5. ¿Hay algún mecanismo que registre, documente y trate los casos de discriminación experimentados por las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y otros grupos vulnerables?

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente dicho mecanismo:

En opinión de una organización, un mecanismo para este objetivo “podrían ser las oficinas antidiscriminación, pero sin embargo hay sólo 5 en todo Chile, con lo que el alcance es muy restringido. También podríamos considerar el Instituto de Derechos Humanos, sin embargo, en su mayoría se desconoce la forma en que opera”.

6. ¿Tiene el país establecida una política o estrategia de gratuidad para los siguientes servicios? Indique si los siguientes servicios se facilitan de forma gratuita a todas las personas, a algunas personas o a nadie en absoluto (Rodee “Sí” o “No” según corresponda).

	Se facilitan gratis para todas las personas del país		Se facilitan gratis para algunas personas del país		Se facilitan, pero hay que pagar un precio	
Tratamiento antirretrovírico	Si	No	Si	No	Si	No
Servicios de prevención del VIH*	Si	No	Si	No	Si	No
Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH	Si	No	Si	No	Si	No

Nota: la gratuidad en servicios de tratamiento, atención, prevención y apoyo es gratuita para los beneficiarios del sistema público de salud. En el sistema privado de salud y Fuerzas Armadas tiene costo o copago.

Si corresponde, indique qué poblaciones se han identificado como prioritarias y para qué servicios:

- Prevención: Existe una política nacional de promoción de información, acceso a examen y distribución de condones en algunas poblaciones prioritarias como PVVIH, personas trans, trabajadoras sexuales. Se han reducido los programas de prevención asumidos por otras entidades públicas nacionales como Justicia e INJUV, destinadas a poblaciones emergentes y prioritarias (jóvenes y población privada de libertad).
- Antiretrovirales: Los tratamientos están disponibles de manera gratuita para los/as usuarios/as del sistema público, en el caso del sistema privado, existe un copago. En Chile se cuenta con

acceso universal a tratamiento garantizado por ley a toda la población. Esta ley, sin embargo no ha logrado favorecer a funcionarios de las fuerzas armadas, de las policías y de gendarmería. - Apoyo: Existe gratuitamente en el sistema público de salud en el acceso al Programa de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH, en donde se integran equipos psicosociales para brindar este apoyo. Lamentablemente no se han extendido a todo el país y hay déficit de esos profesionales en algunas regiones. - El año 2012, se eliminó la consejería para la prevención primaria y secundaria, solo está formalizada la consejería relacionada al Test de detección del VIH.
--

* Tales como: seguridad hematológica, promoción del preservativo, reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables, prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados, prevención del VIH en el lugar de trabajo, asesoramiento y pruebas del VIH, IEC* sobre reducción del riesgo, IEC sobre la reducción del estigma y la discriminación, prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, prevención para las personas que viven con el VIH, servicios de salud reproductiva como la prevención y tratamiento de las ITS, reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave, reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, reducción del riesgo para los profesionales del sexo, educación escolar sobre el VIH para los jóvenes y precauciones universales en el entorno de la atención sanitaria.

7. ¿Dispone el país de una política o estrategia que garantice a hombres y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí	No
-----------	----

7.1. En concreto, ¿dispone 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
-----------	----

8. ¿Dispone el país de una estrategia o política que garantice a las poblaciones clave y/o a otros grupos 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/estrategia y las poblaciones incluidas:

--

8.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿incluye dicha política diferentes tipos de enfoques que garanticen la igualdad en el acceso a las distintas poblaciones clave u otros grupos vulnerables?

SI	NO
----	-----------

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente los diferentes tipos de enfoques que garanticen la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:

--

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

Sí	No
-----------	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de dicha política o ley:

La Ley 19779, la cual impide practicar el test sin el consentimiento del interesado/a. Sus resultados se entregan sólo al usuario/a, serán siempre confidenciales y voluntarios, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado.

10. ¿Dispone el país de los siguientes mecanismos de seguimiento que garanticen el respeto de los derechos humanos?

- a. 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.

Si	No
-----------	----

- b. 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, en cualquiera de las preguntas formuladas arriba, describa alguno ejemplos:

Recientemente se creó el Instituto Nacional de Derechos Humanos, como organismo independiente del Ejecutivo.

11. En los últimos 2 años, ¿han tenido lugar las siguientes actividades de formación o de desarrollo de las capacidades?:

- a. Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave sobre sus derechos (en el contexto del VIH)*?

Sí	No
----	-----------

- b. Programas para los miembros del fortalecimiento de la ley y del sistema judicial** sobre el VIH y los problemas relacionados con los derechos humanos que pueden surgir en el contexto de su trabajo?

Sí	No
----	-----------

* Incluye, por ejemplo, las campañas de sensibilización para conocer tus derechos, que son campañas que favorecen a los afectados por el VIH y les dan la capacidad de conocer sus derechos y las leyes en el contexto de la epidemia.

** Incluye, por ejemplo, a los jueces, magistrados, abogados, policía, comisarios de los derechos humanos y jueces del tribunal de empleo.

12. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?

a. Sistemas de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH?

Sí	No
----	----

b. 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
----	----

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

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué tipos de programas?		
Programas para los trabajadores de la atención sanitaria	Sí	No
Programas para los medios de comunicación	Sí	No
Programas en el lugar de trabajo	Sí	No
Otros (especificar)	Sí	No

14. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría las políticas, leyes y regulaciones existentes para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Los participantes no observan logros en este ámbito, se señala que existen “retrocesos en el reglamento de la toma del examen. No se conocen iniciativas legales ni reglamentarias destinadas al conocimiento ni ejercicio de los derechos humanos”.

Se reconocen la existencia de algunos instrumentos, pero no hay avances significativos y particulares en esta materia.

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

- Falta de conocimiento de los usuarios y de sistemas efectivos de protección y participación desde las PVVIH.
- Promover la participación de las comunidades afectadas en los ámbitos de decisión relativa al VIH.
- Elaboraciones de campañas más participativas y más reales.
- Reducción de presupuestos destinados al trabajo preventivo en VIH, nula promoción en Derechos Humanos. Prevención del VIH, más bien con campañas que apuntan a detectar el virus.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

- Falta de coordinación entre las redes.
- Falta de campañas focalizadas a población más vulnerable.
- Amplitud del rango etario de la población vulnerable producto de un inicio más temprano de la actividad sexual.
- Capacitación de profesionales.
- Validación de instituciones históricas en el trabajo preventivo.
- Consideración de variables psicosociales al momento de decidir estrategias de intervención; superar modelo biomédico.
- Definir políticas públicas específicas para poblaciones clave: ejemplo personas trans.

15. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el esfuerzo de implementación de políticas, leyes y regulaciones relacionadas con los derechos humanos en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Los participantes no visualizan logros en este ámbito y se plantea que no se asegura el ejercicio de derechos de las personas. Sólo se señala como logro la “visibilización del Instituto Nacional de Derechos Humanos”.

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

- Incorporar vulneración de derechos de los niños.
- Hacer énfasis en derechos de HSH y personas con VIH.

IV. 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 AFIRMATIVA ¿cuáles son dichas necesidades específicas?

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

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Seguridad hematológica	1	2	3	4	N/C
Promoción del preservativo	1	2	3	4	N/C
Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables	1	2	3	4	N/C
Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados	1	2	3	4	N/C
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	1	2	3	4	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH	1	2	3	4	N/C
IEC* sobre reducción del riesgo	1	2	3	4	N/C
IEC sobre la reducción del estigma y la discriminación	1	2	3	4	N/C
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	1	2	3	4	N/C
Prevención para las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los parejas íntimas de las poblaciones clave	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	1	2	3	4	N/C
Educación escolar sobre el VIH para jóvenes	1	2	3	4	N/C
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	1	2	3	4	N/C
Otros[especificar]:	1	2	3	4	N/C

* IEC= Información, educación, comunicación

2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Los participantes observan un bajo logro en este ámbito, aunque señalan la existencia de la Respuesta regional integrada y la difusión sobre la toma de exámenes y acceso al tratamiento.ARV.

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

- Aumentar los recursos disponibles.
- Ampliar la respuesta a los ámbitos de la intersectorialidad y la asociatividad con organismos de la sociedad civil en todo el país.
- Realizar campañas con contenidos explícitos de prevención diseñadas asociativamente.
- Existe una política nacional de promoción de información, acceso a examen y distribución de condones en algunas poblaciones prioritarias.
- Desarrollar campañas preventivas en población focalizada, en especial de hombres que tienen sexo con hombres.
- Concientizar y promover el uso correcto del preservativo en campañas nacionales.
- Proveer una mayor oferta de preservativos.
- Incluir a las personas trans en las campañas nacionales.
- Facilitar igualdad de condiciones para el acceso al condón femenino o masculino.
- La prevención debe ser integral, ofrecer el test es sólo una medida, debe incorporar la educación sexual. La promoción del test no es prevención primaria.
- La oferta de educación sexual disponible a nivel del sistema educacional incluye un programa que describe la diversidad sexual como un trastorno mental, situación que vulnera los derechos humanos.

V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO.

1. ¿Ha identificado el país los elementos esenciales de un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, identifique brevemente los elementos y qué se ha priorizado:

Identifique brevemente cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH:

Los participantes observan que no se amplían “se reducen”.

1.1. ¿En qué grado se están ejecutando los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con VIH?

Servicio de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Terapia antirretrovírica	1	2	3	4	N/C
Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis	1	2	3	4	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Diagnóstico infantil precoz	1	2	3	4	N/C
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)	1	2	3	4	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH a las personas con tuberculosis	1	2	3	4	N/C
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	1	2	3	4	N/C
Atención nutricional	1	2	3	4	N/C
Tratamiento pediátrico del sida	1	2	3	4	N/C
Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto	1	2	3	4	N/C
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)	1	2	3	4	N/C
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición ocupacional al VIH	1	2	3	4	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y para sus familias	1	2	3	4	N/C
Gestión de la infección transmitida por vía sexual	1	2	3	4	N/C

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios	1	2	3	4	N/C
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH.	1	2	3	4	N/C
Otros[especificar]: Extranjeros sin documentación vigente.	1	2	3	4	N/C

1.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos llevados a cabo en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Se plantea que se ha ido implementando esfuerzos dirigidos a comunidades más específicas, según lo que las propias personas han ido demandando. Por ejemplo a mujeres viviendo con VIH, Trans, pueblos originarios. En el área de la atención, se señala “Se rompe la territorialidad y los usuarios pueden atenderse donde les sea más cómodo”; “criterio distinto de los Servicios de Urgencias, ya no se espera la confirmación del ISP y un médico puede tratar con solo apreciar cuadros propios de la patología” y se valora “protocolo nacional que regula adecuación del cuerpo al género, así como circular que obliga a tratar a personas transexuales con su nombre social”.

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

- Implementar una buena supervisión a los Servicios Estatales para garantizar que las políticas públicas en VIH/SIDA, se entreguen al beneficiario con la fluidez, eficiencia y respeto de todos los derechos de las Personas.
- Articular y fortalecer las redes de colaboración entre el estado y sociedad civil.
- No se ha avanzado en el financiamiento de las acciones de detección y tratamiento de personas no beneficiarias, ya que la Ley AUGER, apunta sólo a personas beneficiarias de FONASA e ISAPRE quedando sin financiamiento la realización de exámenes a extranjeros sin previsión o a personas de las FFAA, policías.
- Profundizar la descentralización de las decisiones terapéuticas, las que siguen radicadas en el Comité Científico Asesor de Salud Pública, en el cual participan representantes de establecimientos privados, y que además formulan guías clínicas.
- Secuelas de tratamiento en usuarios no es abordado, entre ellos, el daño a órganos y acceso a trasplantes.
- La atención y tratamiento no considera características de género.
- Los principales problemas tienen que ver con la falta de atención psicosocial.

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

Sí No

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

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
----	----

3. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables el VIH en 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

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

Los participantes señalan la necesidad de trabajar esta materia con el Servicio Nacional de Menores.

CUESTIONARIO DEL ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL.

PARTE B

(respondido por organismos bilaterales, las organizaciones de las ONU, sociedades científicas y mundo académico)

I. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL*.

1. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) ha contribuido la sociedad civil al fortalecimiento del compromiso político de los principales líderes y a las formulaciones de estrategias/políticas nacionales?

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

Comentarios y ejemplos:

Se comenta la complejidad de calificar globalmente este aspecto, dado que no especifica el lugar desde donde se sitúa el juicio, el cual podría ser realizado desde el plano político nacional, desde la respuesta, los avances o resultados. De allí que se abordan los siguientes aspectos:

- La sociedad civil, ha contribuido al compromiso político de los líderes y la elaboración de políticas públicas con distintos niveles de desarrollo, grados de participación y limitaciones.
- Existe consenso en que a nivel país, la contribución de la sociedad civil se ha situado en ámbitos más amplios al VIH/SIDA, en temas de derechos humanos, no discriminación, acuerdo de vida en pareja, entre otros. Un ejemplo de ello, es la contribución a la promulgación de la Ley 20.609, denominada Ley Zamudio, actualmente en aplicación.
- En el ámbito salud, se reconoce el aporte de distintos actores en el diseño de algunas estrategias, normativas e iniciativas orientadas a poblaciones específicas, como la Vía Clínica para la Adecuación Corporal de Personas Trans y el Protocolo de Atención en Salud sexual y Reproductiva de Mujeres viviendo con VIH/SIDA.
- Se observan algunos avances en el diseño e implementación de políticas y estrategias en el ámbito laboral, particularmente desde organizaciones de trabajadores de los sectores de minería y transporte. Es necesario considerar el aporte de algunas organizaciones de empleadores.
- Se requiere contar con herramientas y definiciones sobre políticas de participación que clarifiquen instancias, roles, etc., tanto de académicos, sociedades científicas, agencias internacionales y organizaciones sociales, para analizar, evaluar y definir el modelo de participación con que se va a operar en la interacción entre los actores, proceso en el que se sugiere una mirada amplia e inclusiva, más allá del sector salud.
- Se plantea que en los últimos años la participación en salud ha sido principalmente consultiva.
- Se señala que en un escenario complejo, desde el programa nacional se realizan esfuerzos de participación social.
- Se observa desgaste y redefiniciones de organizaciones sociales que trabajan en VIH.
- Se requiere mayor visibilidad de la población trans; una política para los niños/as viviendo con VIH.
- Se plantea que producto de la presión de organizaciones sociales se logra contar con un Reglamento para el examen en recintos penitenciarios.

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

2. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) han participado los representantes de la sociedad civil en el proceso de planificación y elaboración del presupuesto del Plan Estratégico Nacional sobre el VIH o del plan de actividades más recientes (por ej. asistiendo a reuniones de planificación y revisando borradores)?

Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

Se observa la complejidad de participación de la sociedad civil en la planificación presupuestaria del Plan Estratégico.

Se plantea el desafío de la utilización de resultados de evaluaciones y sugerencias relativas a destinación del gasto. Junto a ello, se identifican dificultades conceptuales por ejemplo en el rol de la investigación en el sector salud, afectando las decisiones presupuestarias.

Por otra parte, se señala que los mecanismos existentes a nivel nacional para financiamiento de investigación en salud, son insuficientemente utilizados por el sector.

Se requiere, optimizar instrumentos de investigación disponibles en el país, por ejemplo encuestas poblacionales; fortalecer integración de temas transversales y dar continuidad a seguimiento de indicadores y el conocimiento, además de recuperar espacios de los que se disponía y que se perdieron, (Encuesta INJUV).

Se reconoce participación en diseño de políticas de atención desde sociedad científica (Guía clínica, Ley de Garantía explícitas en Salud, GES) y se señala que la mayor debilidad estuvo en el ámbito de la prevención.

Se observa la necesidad de analizar los siguientes desafíos: TARV como estrategia de prevención; inclusión de condones femeninos, estrategias para la adherencia a tratamiento; poli-adicción; depresión, particularmente en mujeres VIH+; política y trabajo focalizado, integrado en terreno, a nivel local.

Se plantea que el tema drogas es relevante para la epidemia VIH y el país, independiente de la consideración de uso de inyectable, que solicita el reporte UNGASS y el desafío de mayor conocimiento en esta área con información de mejor calidad e instrumentos adecuados al país.

3. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluyen los servicios suministrados por la sociedad civil en las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?:

a. La estrategia nacional del VIH?

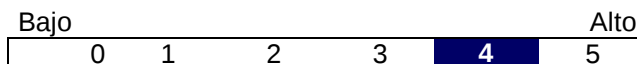
Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

b. El presupuesto nacional relacionado con el VIH?

Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

c. Los informes nacionales del VIH?

INFORME CHILE GARPR-AU 2014



Comentarios y ejemplos:

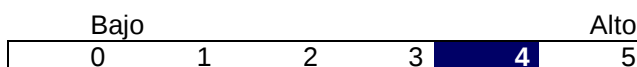
Se señala que se ha contemplado participación de actores sostenida particularmente desde el Comité Científico Asesor en el diseño de regulaciones y normativas del ámbito de la atención, tratamiento y en la capacitación de organizaciones sociales. Además, se plantea que se recogió la opinión de médicos tratantes y sociedades científicas en las campañas de comunicación social.

En el ámbito de la prevención se observa una menor participación.

Se plantea el desafío de contar con definiciones claras a nivel de políticas públicas, respecto a los roles de médicos tratantes y gestores comunitarios.

4. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluye a la sociedad civil en las tareas de S y E de la respuesta al VIH?

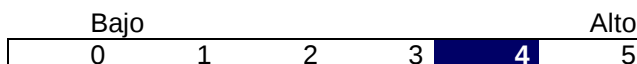
a. en el desarrollo del plan nacional de S y E



b. participa en el comité nacional de S y E/en el grupo de trabajo responsable de la coordinación de las actividades de S y E?



c. participa en el uso de datos para la toma de decisiones?



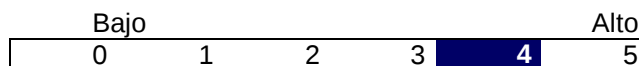
Comentarios y ejemplos:

Se observa una alta consideración de la opinión científica para la toma de decisiones y modificaciones de normativas y regulaciones del ámbito de la atención y tratamiento. Por ejemplo Guía clínica de atención a personas viviendo con VIH/SIDA, norma de la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis, entre otras.

Por otra parte se señala que “académicos y sociedades científicas son convocados a dar respuesta a las necesidades de seguimiento y evaluación, pero no tienen rol en su desarrollo, como tal, ni en la coordinación de dichas actividades, menos aun en la toma de decisiones” y que la participación se considera “como organismos técnicos y fuentes de experticia”, son escuchados, pero su rol es el de la consultoría, no el de la gestión en la materia”.

5. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) la representación de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluye organizaciones distintas (por ej. organizaciones y redes de personas que viven con el VIH, de profesionales del sexo, de organizaciones comunitarias y de organizaciones religiosas)?

INFORME CHILE GARPR-AU 2014



Comentarios y ejemplos:

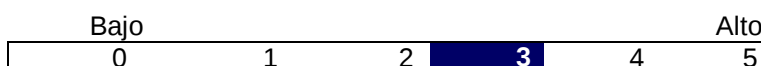
Los participantes en general, observan un alto grado de participación, con distintos tipos de organizaciones, incluidas algunas de carácter religioso.

Otras opiniones, señalan que se observa una reducción en la diversidad de organizaciones “como las organizaciones que trabajan la prevención asociada al consumo de drogas, de las organizaciones de mujeres viviendo con VIH, de organizaciones comunitarias”.

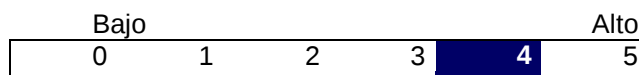
Se observa además, una tendencia al establecimiento de un vínculo “clientelar”, entre la sociedad civil y las entidades gubernamentales “las organizaciones de este tipo tienen sus propias necesidades y agendas..., por lo cual tienden a condicionar su participación. Las organizaciones son convocadas y desde lo anterior, y la disponibilidad de recursos eligen hacerse parte o no”.

6. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) puede acceder la sociedad civil 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:

Se observa una menor disponibilidad financiera en la estrategia de respuesta regional integrada al VIH y falta de participación en el ámbito de la campaña de comunicación social para enriquecer su diseño.

Se reconoce facilidades de acceso al apoyo técnico, se plantea que en general está siempre disponible, aunque “no siempre se recurre a él, y algunas organizaciones de la sociedad civil, tienden a desarrollar sus propias directrices técnicas, de muy variable calidad”.

Se señala que organizaciones sindicales y de empleadores solicitan asistencia técnica según sus necesidades. OIT, por ejemplo, señala: “en prevención del VIH y en la erradicación de la homo-transfobia en el lugar de trabajo, para el desarrollo estudios de vulnerabilidad, materiales de capacitación y acción al nivel de las empresas”.

Se observa también la existencia de estructuras que facilitan la difusión de estrategias y normativas a través del uso de tecnologías de capacitación como video- conferencias y otros.

7. ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?

PREVENCIÓN PARA LAS POBLACIONES CLAVE				
---------------------------------------	--	--	--	--

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Personas que viven con el VIH	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Usuarios de drogas inyectables	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Profesionales del sexo	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Personas Transgénero	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Atención paliativa	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Asesoramiento y pruebas	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Campañas “Conozca sus derechos”/Servicios jurídicos	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Reducción del estigma y discriminación	< 25%	25-50%	51-75%	>75%
Servicios clínicos (Terapia antirretrovírica/IO)*	< 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

8. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil el 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Se observa que se ha participado en convocatorias al desarrollo de investigaciones, acciones de prevención y promoción.

Como ejemplo se destaca que a partir de 2011, se estableció una política nacional tripartita sobre prevención de VIH, estigma y discriminación en la agenda laboral, contemplando además el desarrollo de estudios en el sector minería y transporte, y programas al nivel de las empresas, junto al diseño de materiales educativos para trabajadores y empleadores.

Se reconocen avances en avances notables en el mundo del trabajo: “un logro importante de este proceso es que ahora existe un diálogo sobre prevención de VIH muy positivo entre una red de organizaciones de Pueblos Indígenas y representantes de personas trans con varios representantes del mundo de trabajo”.

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

Se observa fragmentación y baja priorización del tema VIH y derechos sexuales, los cuales se señala son determinados por “gobiernos de turno”, además se identifica “falta de recursos, espacios para compartir experiencias y visibilizarlas”.

Se requiere clarificar el tema de los recursos, dado que pueden mediar la participación, generar conflictos y competencias entre las propias organizaciones y con el ámbito académico y las sociedades científicas.

II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

1. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de personas que viven con VIH, las poblaciones clave u otros subgrupos de población vulnerable en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?

Sí

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa algunos ejemplos de cuándo y cómo ha sucedido:

Se observa que la participación se considera y facilita principalmente en la etapa de ejecución “La formulación de políticas, las decisiones sobre los contenidos De éstas y la asignación de recursos a las mismas siguen siendo una atribución privativa del gobierno” y se señala, además que “la participación como ejecutores ha venido creciendo o disminuyendo según el grado de alineamiento entre las propuestas gubernamentales y las ‘sensibilidades’ de las organizaciones de la sociedad civil..

Se plantea el desafío de contar con voluntad política de alto nivel, más allá de la “buena voluntad del programa”.

Se destaca que “el Ministerio de Trabajo y Previsión Social apoyó la puesta en práctica de la política (“Directrices”) tripartita nacional sobre VIH y transporte al nivel de las empresas (cuya formulación contó con insumos del mundo de trabajo, Pueblos Indígenas y personas trans). Al nivel de la región de Tarapacá, las SEREMIs de Trabajo, Salud y Minería han trabajado de una manera conjunta para ayudar en el relevo de datos sobre vulnerabilidad al VIH en el sector minero; realización de reuniones consultivas con representantes del sector y en el desarrollo y aplicación de materiales educativos para trabajadores móviles”.

III. DERECHOS HUMANOS

1.1. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones contra la discriminación que protejan específicamente a poblaciones clave y otros subgrupos vulnerables? Rodee “sí” si la política se refiere específicamente a una de las siguientes poblaciones clave:

POBLACIONES CLAVE Y GRUPOS VULNERABLES		
Personas que viven con el VIH	Sí	
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	
Huérfanos y otros niños vulnerables	Sí	
Personas con discapacidad	Sí	
Usuarios de drogas inyectables		
Población reclusa	Sí	
Profesionales del sexo	Sí	
Personas transgénero	Sí	
Mujeres y niñas	Sí	
Jóvenes		
Otros grupos vulnerables específicos* (especificar)		
NOTA: se señala al respecto: “existe una ley amplia contra la discriminación, que sin embargo no incluye a los HSH, sino a las minorías sexuales, identificando a este grupo como gays/homosexuales e incluso bisexuales. Cabe señalar que la existencia de cuerpos legales no implica en modo alguno la calidad o suficiencia de éstos”		

* Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados).

1.2. ¿Dispone el país de una ley general contra la discriminación (es decir, distinta a la discriminación relacionada con el VIH específicamente)?

Sí

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA a las preguntas 1.1 o 1.2, describa brevemente los contenidos de la ley o las leyes:

Ley Antidiscriminación 20.609, denominada Ley Zamudio, que establece medidas contra la discriminación arbitraria, incluida por orientación sexual.

Explique brevemente los mecanismos establecidos para garantizar la aplicación de dichas leyes:

“Aún faltan pasos importantes de reglamentación”; “la existencia de la ley no implica en nada su calidad o suficiencia como marco regulatorio ni la capacidad de zanjar los problemas que son de su ámbito de competencia”.

Comente brevemente en qué grado se están aplicando actualmente:

2. ¿Dispone el país de leyes, reglamentaciones o políticas que presenten obstáculos* para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones clave y otros grupos vulnerables?

Sí

* No tienen por qué ser necesariamente políticas o leyes específicas del VIH. Abarcan las políticas, leyes o regulaciones que pueden disuadir o dificultarles a las personas el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyos. Algunos ejemplos citados en los informes nacionales del pasado, entre otros, eran: “las leyes que criminalizan las relaciones con personas del mismo sexo”, “las leyes que criminalizan la posesión de preservativos o de parafernalia de drogas”, “leyes sobre los vagabundos”; “leyes que impiden la importación de medicamentos genéricos”; “políticas que impiden la distribución o posesión de preservativos en prisiones”; “políticas que impiden a los no-ciudadanos acceder al tratamiento antirretrovírico”; “criminalización de la transmisión y exposición al VIH”, “leyes/derechos de patrimonio para las mujeres”, “leyes que prohíben facilitar información servicios sobre la salud sexual y reproductiva a los jóvenes”, etc.

2.1. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿para qué grupos?

POBLACIONES CLAVE Y GRUPOS VULNERABLES		
Personas que viven con el VIH		
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres		
Poblaciones migrantes/móviles	Sí	
Huérfanos y otros niños vulnerables		
Personas con discapacidad		
Usuarios de drogas inyectables	Sí	
Población reclusa	Sí	
Profesionales del sexo	Sí	
Personas transgénero	Sí	
Mujeres y niñas		
Jóvenes	Sí	
Otros grupos vulnerables específicos* (especificar)		

* Las subpoblaciones que no figuran en la lista de arriba, que hayan sido identificadas localmente como un grupo que corre un riesgo elevado de contraer la infección del VIH (p.ej., en orden alfabético) los bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, lesbianas, personas desplazadas dentro de su país, prisioneros, y refugiados) se pueden poner arriba si está de acuerdo.

Describa brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones o políticas:

Existen leyes que penalizan desde el aborto como derecho de la mujer, a leyes que limitan el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales por parte de las mujeres.

Las poblaciones migrantes no necesariamente tienen atención tanto en salud como acceso a beneficios sociales garantizados, especialmente en situación de irregularidad migratoria.

Los profesionales del sexo no tienen reconocimiento ni status laboral especial, y lo mismo que quienes usan drogas, no solamente las inyectables, son considerados antes bajo categorías delincuenciales o policías frente a la ley que como usuarios específicos del sistema de salud que presentan algún perfil de riesgo particular o trastorno por sustancias.

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

La dificultad para acceder a los servicios de salud supone un mayor riesgo para la población migrante, puesto que al no asistir a controles de salud dificulta la prevención y detección temprana del VIH.

No existen referencias explícitas que aseguren el derecho a la atención de salud de migrantes en situación irregular, excepto por las resoluciones del Ministerio de Salud que especifican los derechos de distintos grupos de migrantes: mujeres embarazadas, niños y niñas menores de 18 años y atención de urgencia. También se dispone la mantención de los beneficios de salud para los inmigrantes registrados como afiliados o beneficiarios a FONASA que tengan su cédula vencida y al mismo tiempo se encuentran en proceso de renovación de su permiso de residencia temporal o definitivo.

3. ¿Tiene el país una política, ley o regulación para reducir la violencia contra las mujeres, como, por ejemplo, las víctimas de agresiones sexuales o las mujeres que viven con el VIH?

Sí

Describe brevemente el contenido de la política, ley o regulación y las poblaciones a las que se refiere:

Ley 20.480 sobre Femicidio, amplía el Código Penal, tipificando el delito de homicidio contra las parejas actuales, ex cónyuges y convivientes, los cuales podrán ser acusados como autores. En el caso de que sea un hombre el autor, el delito se configura como femicidio.

4. ¿Se mencionan explícitamente en alguna de las políticas o estrategias del VIH la promoción y protección de los derechos humanos?

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo se menciona a los derechos humanos en esta política o estrategia del VIH:

La mayoría de los participantes señalan que se menciona explícitamente la promoción y protección de los derechos humanos en las políticas y estrategias del VIH.

En opinión de algunos participantes, “no ha sido explícitamente abordado de ese modo por el aparato gubernamental”.

5. ¿Hay algún mecanismo que registre, documente y trate los casos de discriminación experimentados por las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y otros grupos vulnerables?

Sí

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente dicho mecanismo:

Se señala la existencia de una Clínica jurídica en la Universidad Diego Portales.

Además se observa que “La ley antidiscriminación no tiene un marco plenamente operativo. El procedimiento es la judicialización, especialmente en casos de violencia y muerte por agresiones”.

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

6. ¿Tiene el país establecida una política o estrategia de gratuidad para los siguientes servicios? Indique si los siguientes servicios se facilitan de forma gratuita a todas las personas, a algunas personas o a nadie en absoluto (Rodee “Sí” o “No” según corresponda).

	Se facilitan gratis para todas las personas del país	Se facilitan gratis para algunas personas del país	Se facilitan, pero hay que pagar un precio
Tratamiento antirretrovírico	Sí		
Servicios de prevención del VIH*	Sí		
Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH	Sí		

Si corresponde, indique qué poblaciones se han identificado como prioritarias y para qué servicios:

Se señala que “los usuarios del sistema de salud pública tienen gratuidad”, además se plantea “solamente los migrantes en situación regular podrían acceder al tratamiento a través del plan AUGE” y que tendrían acceso las poblaciones “definidas en la ley como grupos específicos vulnerables y de riesgo”.

En cuanto a servicios de prevención, se observa que “el problema es la insuficiente cobertura que se alcanza en las intervenciones destinadas a los grupos prioritarios en Chile”.

* Tales como: seguridad hematológica, promoción del preservativo, reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables, prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados, prevención del VIH en el lugar de trabajo, asesoramiento y pruebas del VIH, IEC* sobre reducción del riesgo, IEC sobre la reducción del estigma y la discriminación, prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, prevención para las personas que viven con el VIH, servicios de salud reproductiva como la prevención y tratamiento de las ITS, reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave, reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, reducción del riesgo para los profesionales del sexo, educación escolar sobre el VIH para los jóvenes y precauciones universales en el entorno de la atención sanitaria.

7. ¿Dispone el país de una política o estrategia que garantice a hombres y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí

7.1. En concreto, ¿dispone 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

8. ¿Dispone el país de una estrategia o política que garantice a las poblaciones clave y/o a otros grupos vulnerables la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Si

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de dicha política/estrategia y las poblaciones incluidas:

Se señalan opiniones divergentes en tanto se observa que “en el caso de la población migrante, no” y que “existe un “desbalance entre tratamiento y prevención, en que tratamiento está garantizado por ley”.

8.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿incluye dicha política diferentes tipos de enfoques que garanticen la igualdad en el acceso a las distintas poblaciones clave u otros grupos vulnerables?

--	--

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente los diferentes tipos de enfoques que garantizan la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:

--

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

Si	
----	--

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de dicha política o ley:

Se plantea que existe la Ley del SIDA, observando que “La ley existe, otra cosa distinta es que se la pueda hacer cumplir con el marco que se le ha proporcionado, y más aún en el contexto de fragilidad de los derechos y garantías laborales existentes en el país. La gente se somete a estas pruebas y otras vinculadas a consumo de sustancias para mantener o conseguir empleos de modo habitual”.

10. ¿Dispone el país de los siguientes mecanismos de seguimiento que garanticen el respeto de los derechos humanos?

- c. 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	
----	--

- d. 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.

	No
--	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, en cualquiera de las preguntas formuladas arriba, describa alguno ejemplos:

Se señala que algunos indicadores están incorporados en informes bianuales ante el Sistema de Naciones Unidas, la existencia de Instituto de Derechos Humanos y una encuesta nacional en el tema, pero que “no existen aún valores de referencia, ni se han establecido condiciones reales de

evaluación de cumplimiento y desempeño en la materia”.

11. En los últimos 2 años, ¿han tenido lugar las siguientes actividades de formación o de desarrollo de las capacidades?:

- c. Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave sobre sus derechos (en el contexto del VIH)*?

Sí

- d. Programas para los miembros del fortalecimiento de la ley y del sistema judicial** sobre el VIH y los problemas relacionados con los derechos humanos que pueden surgir en el contexto de su trabajo?

No

* Incluye, por ejemplo, las campañas de sensibilización para conocer tus derechos, que son campañas que favorecen a los afectados por el VIH y les dan la capacidad de conocer sus derechos y las leyes en el contexto de la epidemia

** Incluye, por ejemplo, a los jueces, magistrados, abogados, policía, comisarios de los derechos humanos y jueces del tribunal de empleo.

12. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?

- c. Sistemas de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH?

No

- d. 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

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

Sí

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué tipos de programas?		
Programas para los trabajadores de la atención sanitaria	Sí	
Programas para los medios de comunicación		No
Programas en el lugar de trabajo	Sí	
Otros (especificar)		
NOTA: se plantea que “sólo en algunos lugares de trabajo” y que depende de lo que se entienda por un programa, ya que puede “variar sensiblemente la respuesta”.		

14. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría las políticas, leyes y regulaciones existentes para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2013?

Muy deficiente		Excelente
----------------	--	-----------

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

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

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Se señala lo siguiente: “Mejoramiento de ciertos marcos regulatorios y la aparición de dos nuevos, la Ley contra la Discriminación y la de Derechos y Deberes de los pacientes. Aún son insuficientes, pero constituyen avances relevantes”.

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

“Los marcos de aplicación para la legislación y la incorporación de asesoría legal garantizada y gratuita en todos los casos, así como de medidas reparatorias y sanciones acordes a la gravedad de las faltas, así como superar algunas restricciones en materia de investigación científica en el marco de la nueva ley de derechos de los pacientes”.

15. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el esfuerzo de implementación de políticas, leyes y regulaciones relacionadas con los derechos humanos en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

“Difusión de derechos de minorías y hacerse cada vez mas actores principales del quehacer del país”.

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

--

IV. PREVENCIÓN.

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

Sí

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

Si, explicitado en el Plan Estratégico Nacional y “básicamente a través del desarrollo de investigación científica y trabajos con organizaciones de la sociedad civil como las sociedades científicas y las de usuarios del sistema”.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿cuáles son dichas necesidades específicas?

“Focalizar en los grupos más vulnerables: HSH, poblaciones migrantes, trabajadoras/es sexuales, y las poblaciones bisexuales y en movimiento. Cabe señalar que esta focalización no existe ni ha existido en los programas y campañas”.

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

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Seguridad hematológica	1	2	3	4	N/C
Promoción del preservativo	1	2	3	4	N/C
Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables					
Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados	1	2	3	4	N/C
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	1	2	3	4	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH	1	2	3	4	N/C
IEC* sobre reducción del riesgo	1	2	3	4	N/C
IEC sobre la reducción del estigma y la discriminación	1	2	3	4	N/C
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	1	2	3	4	N/C
Prevención para las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los parejas íntimas de las poblaciones clave	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	1	2	3	4	N/C
Educación escolar sobre el VIH para jóvenes	1	2	3	4	N/C

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	1	2	3	4	N/C
Otros[especificar]:					

* IEC= Información, educación, comunicación

2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Se señala que un logro es que los sectores “Transporte y minería han hecho avances notables en programas en el lugar de trabajo, concretamente, en empresas de transporte en Santiago y en empresas de minería en Tarapacá”.

Otro logro que se observa es “la promoción del examen como medida de prevención secundaria” y el “segundo examen de VIH en embarazadas. Generar conciencia de que es una patología crónica más”.

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

- “Prevención primaria efectiva y clara, focalizada en los grupos más vulnerables, y la necesidad de desvincular las agendas técnicas y valóricas sobre el tema para asegurar efectividad en las medidas preventivas y claridad en los procedimientos”.
- “Educación continúa en prevención e instalar la idea de que todos estamos expuestos”.
- “Buena disposición del programa, pero falta de visibilidad y apoyo político”.

V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO.

1. ¿Ha identificado el país los elementos esenciales de un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, identifique brevemente los elementos y qué se ha priorizado:

Los participantes señalan priorización en “las Garantías Explícitas en salud, agregándose recientemente la sospecha diagnóstica”; en los nuevos documentos normativos como la Guía Clínica se incluyen capítulos sobre adherencia y conformación del equipo.

Identifique brevemente cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH:

Los participantes consideran que “en este ámbito el país está muy bien, cuenta con equipos multidisciplinarios comprometidos con la atención, apoyo y tratamiento de pacientes”; “se han abierto algunos cargos para los servicios de salud, pero aún existe una brecha en recursos humanos en los Centros de Atención”; “adecuadamente en consideración con los recursos disponibles. Es necesario seguir avanzando en materia presupuestaria y en el aseguramiento de la gratuidad y el acceso permanente”.

1.1. ¿En qué grado se están ejecutando los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con VIH?

Servicio de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Terapia antirretrovírica	1	2	3	4	N/C
Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis	1	2	3	4	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Diagnóstico infantil precoz	1	2	3	4	N/C
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)					
Asesoramiento y pruebas del VIH a las personas con tuberculosis	1	2	3	4	N/C
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	1	2	3	4	N/C
Atención nutricional	1	2	3	4	N/C
Tratamiento pediátrico del sida	1	2	3	4	N/C
Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto	1	2	3	4	N/C

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)	1	2	3	4	N/C
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición ocupacional al VIH	1	2	3	4	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y para sus familias	1	2	3	4	N/C
Gestión de la infección transmitida por vía sexual					
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios	1	2	3	4	N/C
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH	1	2	3	4	N/C
Otros[especificar]:					

1.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos llevados a cabo en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- “Garantía desde sospecha diagnóstica, mejoramiento de esquemas antiretrovirales, apoyo y educación continua a equipos tratantes”.
- “Cobertura y facilitación de acceso a tratamiento, eliminación de barreras y mejor manejo de quiebres de stock”.

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

- Educación a pacientes, conciencia de que es una patología crónica de alto costo y alta protección por parte del estado y que se espera mayor compromiso y responsabilidad por parte de ellos.
- Mejorar aún en cobertura y acceso, eliminación de barreras, disponibilidad de los medicamentos y sobre todo mejorar la adherencia.
- Brecha en recursos humanos
- Declarar infectología como especialidad en falencia.

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

Sí

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

Sí

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

Sí

3. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables el VIH en 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- “Fortalecer equipos de trabajo, capacitar profesionales en el ámbito de la salud mental para tratar y acompañar específicamente a niños portadores de una enfermedad que no buscaron”.
- “No se detectan logros significativos. Ha habido continuidad”.

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

- Hacer mayor educación a la población general y también profesionales de salud NO equipos VIH en relación con la enfermedad y disminuir miedo a que los niños se integren a vida escolar normal.
- Que el estado y los gobiernos asuman tareas de gestión y desarrollo, así como compromisos en el área, que actualmente están fundamentalmente en manos de ONGs, y fundaciones.

ANEXO 4.

**CUESTIONARIO PREGUNTAS DE POLÍTICA DE LA
OMS.**

PREGUNTAS DE POLÍTICA DE LA OMS.

A. Pruebas de detección del VIH y orientación conexas.

1. Pruebas de detección del VIH y orientación conexas. Las políticas o directrices nacionales actuales sobre las pruebas de detección del VIH y la orientación conexas.	
¿Abordan la realización de las pruebas en adolescentes?	Si
A través de solicitud espontánea y en los servicios de consejería para la promoción de salud sexual y reproductiva en el nivel primario de atención	
¿Abordan la realización de las pruebas en niños?	Si
Sólo en el caso de hijos de madres VIH+ y en casos de niños con patologías sugerentes de infección por VIH.	
¿Abordan la realización de las pruebas en “menores maduros”?	No
La realización del examen en menores de 18 años, exige el consentimiento de los padres o tutores legales.	
¿Abordan la realización de las pruebas en grupos poblacionales clave y grupos vulnerables?	Si
Sí, y en consultantes por ITS, trabajadores/as sexuales, personas privadas de libertad, forma parte de las normas de atención	
¿Recomiendan las pruebas y la orientación iniciadas por el prestador en todos los encuentros con pacientes?	No
Sólo cuando se sospecha de infección por VIH	
¿Recomiendan las pruebas y la orientación iniciadas por el prestador en todas las embarazadas?	Si
Está integrado en las normativas para el control prenatal y parto y en la normativa para la prevención de la transmisión vertical	
¿Recomiendan las pruebas y la orientación iniciadas por el prestador en los grupos poblacionales vulnerables y que presentan un riesgo mayor?	Si
Sí, y en consultantes por ITS, trabajadores/as sexuales, personas privadas de libertad, forma parte de las normas de atención	
¿Avalan las pruebas rápidas que suministran el resultado en el mismo día?	Si
¿Avalan las pruebas de detección del VIH y la orientación conexas proporcionadas por los servicios comunitarios?	Si
¿Avalan las pruebas rápidas (en el lugar de atención) realizadas por trabajadores comunitarios o no profesionales?	No

B. Tratamiento antirretroviral (TAR).

2. Tratamiento antirretroviral. Estado de la revisión de las directrices del tratamiento antirretroviral	
Indique el año en que se realizó la revisión completa más reciente	
Directrices para el tratamiento antirretroviral en adultos	2013 - CD4 $\leq$ 350
Directrices para la prevención de la transmisión maternoinfantil	2013
Directrices para el tratamiento pediátrico con antirretrovirales	2013 - CD4 $\leq$ 350
3. ¿Se han adaptado por medio de un proceso nacional las recomendaciones de las directrices de la OMS del 2013 sobre el uso de antirretrovirales para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH?	
Directrices para el tratamiento antirretroviral en adultos	En curso
Se consideran algunos aspectos de las directrices OMS	

Directrices para la prevención de la transmisión maternoinfantil	En curso
Se consideran algunos aspectos de las directrices OMS	
Directrices para el tratamiento pediátrico con antirretrovirales	En curso
Se consideran algunos aspectos de las directrices OMS	
4. ¿Cuáles son las metas nacionales del tratamiento antirretroviral?	
El acceso a TARV es una garantía establecida por Ley, en consecuencia la meta anual para 2013 es de 100%	
Meta de cobertura del tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión maternoinfantil	
El acceso a TARV para la prevención de la transmisión maternoinfantil es una garantía establecida por Ley, en consecuencia la meta anual para 2013 es de 100%	
5. Si las directrices nacionales recomiendan que el valor de inicio sea un número de 500 CD4, ¿se otorga prioridad a las personas con < 350 CD4 o a aquellas con un cuadro clínico avanzado?	
3) No se aplica Se recomienda el inicio del tratamiento antirretroviral, con un valor de CD4 350 o menos. En los siguientes casos, el inicio se indica con niveles de CD4 entre 350 y 500: Parejas serodiscordantes, personas mayores de 50 años. Se indica TARV en personas con TBC, Hepatitis B.	
6. ¿Cuáles son los criterios para iniciar el tratamiento antirretroviral en lactantes y niños?	
Todos los menores de 1 año inician TARV, los niños mayores de 1 año inician TARV con niveles de CD4 de 350 o menos.	
Edad límite para tratar a todos los niños independientemente de los síntomas	
Menores de 1 año	
Valor de inicio de CD4 establecido para niños de 5 años de edad o más que no presentan síntomas	
≤ 350	
7. ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento antirretroviral para todos los pacientes seropositivos para el VIH con tuberculosis activa?	Si
8. ¿Recomiendan las directrices nacionales el TAR de la persona seropositiva para el VIH en parejas serodiscordantes?	Si
9. ¿Usa el país combinaciones de dosis fija como tratamiento antirretroviral?	Si

Esquema de tratamiento.

10. ¿Es la combinación antirretroviral de TDF + 3TC (o FTC) + EFV la de elección en las directrices nacionales como tratamiento de primera línea en adolescentes y adultos?
Sí, pero es una de las posibilidades
11. ¿Hay una política para eliminar gradualmente la d4T?
d4T ya está eliminada de los esquemas de TARV que se usan en Chile
12. ¿Es la combinación antirretroviral de AZT + 3TC (o FTC) + ATV/r (o LPV/r) la de elección en las directrices nacionales como tratamiento de segunda línea en adolescentes y adultos?
Sí, pero es una de las posibilidades
13. ¿Cuál es el inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa (INTI) de elección en menores de 3 años de edad?
AZT+3TC; ABC+3TC
14. ¿Se consideran de elección los esquemas basados en LPV/r en todos los lactantes y niños < 36 meses (independientemente de la exposición a inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa o INNTI) en las directrices nacionales?

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

Sí, en todos los casos.
15. ¿Se recomienda el efavirenz (EFV) como el INNTI de elección en niños de 3 años de edad o más?
Como droga alternativa
16. ¿Cuál es la estructura recomendada de INTI en niños de 3 a 10 años de edad?
AZT + 3TC (o FTC) o ABC + 3TC (o FTC) (alternativas 2 y 3)
17. ¿Cuál es la estructura recomendada de INTI para adolescentes que pesan > 35 kg y tienen al menos 10 años de edad?
TDF + 3TC (o FTC)

Vigilancia.

18. ¿Se usa en el país la tecnología de recuento de CD4 en el lugar de atención?
No, el recuento de CD4 está centralizado en laboratorio de un establecimiento asistencial (en la Región Metropolitana), que cubre la demanda total del país.
1) ¿Qué proporción de hospitales de distrito ofrecen el recuento de CD4 en el lugar de atención?
No corresponde
2) ¿Qué proporción de establecimientos de atención primaria de salud tienen acceso a tecnología de recuento de CD4 en el lugar de atención para utilizarla con pacientes, ya sea en el propio sitio o mediante la derivación a un lugar cercano?
No corresponde

Prestación de servicios

19. ¿Cuáles de las siguientes modalidades de prestación de servicios se incluyen en la política nacional de TAR?	
Provisión de TAR en los consultorios de atención de la tuberculosis a cargo de prestadores de dicha atención	No
Tratamiento antituberculoso en entornos de TAR a cargo de prestadores de dicho tratamiento	Si
Provisión de TAR en consultorios de atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, a cargo de prestadores de dicha atención	No
Provisión de TAR en los entornos que proporcionan tratamiento de sustitución de opiáceos	No
Agentes sanitarios de la comunidad que participan en el apoyo a pacientes de TAR	No
Diagnóstico y tratamiento de hepatitis C como parte de la atención de la infección por el VIH	Si
Prueba de la hepatitis B y la hepatitis C en consultorios de TAR	Si
Vacunación contra la hepatitis B proporcionada en consultorios de TAR	No
Tratamiento de la hepatitis C proporcionado en consultorios de TAR	Si
20. ¿Cuáles de las siguientes políticas sobre la coinfección están vigentes? (Las preguntas se deben hacer con respecto a los adultos y niños)	
Profilaxis con isoniazida para personas seropositivas para el VIH	Adultos y niños
Búsqueda intensificada de casos de tuberculosis en personas seropositivas para el VIH	Adultos y niños
Control de la infección tuberculosa en personas seropositivas para el VIH	Adultos y niños

Profilaxis con cotrimoxazol	Adultos y niños
-----------------------------	-----------------

C. Prevención de la transmisión maternoinfantil.

21. ¿Hay un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH?
Si, tasa de transmisión materino infantil menor al 2% al 2015.
22. ¿Hay un plan nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis?
Sí, integrado con la iniciativa para la eliminación de la transmisión del VIH u otra iniciativa de eliminación.
23. ¿Cuál es la opción de prevención de la transmisión maternoinfantil que se recomienda a nivel nacional en la actualidad?
Opción B+, desde 2010.
24. Si actualmente se está usando la opción A, ¿se ha planificado la transición a la opción B o B+?
No corresponde.
25. ¿Cuál es el esquema antirretroviral de primera línea que se recomienda actualmente para mujeres seropositivas para el VIH que están embarazadas o amamantando?
AZT+3TC+LPV; AZT+3TC+RTV
26. ¿Cuál es el esquema de prevención de la transmisión maternoinfantil que se recomienda a nivel nacional en la actualidad para los lactantes expuestos al VIH y cuál es la duración que se recomienda?
AZT 6 semanas.
27. ¿Hay alguna recomendación nacional sobre la alimentación de lactantes expuestos al VIH?
Sí, alimentación de sustitución.
Si se recomienda la lactancia materna para las mujeres seropositivas para el VIH y los lactantes expuestos, ¿se especifica la duración?
No corresponde.

D. Infecciones de transmisión sexual (ITS).

28. ¿Hay directrices o recomendaciones nacionales sobre el tratamiento de las ITS? De haberlas, ¿en qué año fue la actualización más reciente?
Si, actualizadas el 2014.

E. Grupos poblacionales clave.

29. ¿Cuáles de los siguientes grupos poblacionales clave o grupos vulnerables se abordan explícitamente en la política o los planes nacionales contra la infección por el VIH?	
Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	Si
Personas transgénero	Si
Profesionales del sexo	Si
Personas que consumen drogas inyectables	No
Reclusos	Si
Poblaciones adolescentes clave	Si
30. ¿Cuáles de los siguientes componentes del conjunto integral de intervenciones de prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH dirigidas a los profesionales del sexo se ejecutan el país?	

INFORME CHILE GARPR-AU 2014

1) Programa integral de distribución de condones	Si
2) Pruebas de detección del VIH y orientación conexas	Si
3) Tratamiento antirretroviral y atención de la infección por el VIH	Si
4a) Tratamiento de las ITS sintomáticas	Si
4b) Tratamiento de las ITS asintomáticas	Si
4c) Tratamiento presuntivo periódico de las ITS	No
5) Conjunto integral de intervenciones para los profesionales del sexo que consumen drogas inyectables	No
6) Empoderamiento de los profesionales del sexo (participación en la planificación y ejecución de las actividades de prevención y atención de la infección por el VIH y las ITS)	Si
31. ¿Cuáles de los siguientes componentes del conjunto integral de intervenciones de prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH dirigidas a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres se ejecutan en el país?	
1) Programa integral de distribución de condones	Si
2) Pruebas de detección del VIH y orientación conexas	Si
3) Tratamiento antirretroviral y atención de la infección por el VIH	Si
4) Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	Si
5) Conjunto integral de intervenciones para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que consumen drogas inyectables	No

G. Vigilancia.

35. ¿Hay vigilancia centinela de grupos poblacionales especiales en el país?	
i) Mujeres atendidas en servicios de atención prenatal	No
El examen VIH es de realización rutinaria en los servicios de atención prenatal	
ii a) Profesionales del sexo	No
El examen VIH es de realización rutinaria en los servicios de control de salud sexual para las/os trabajadoras/es sexuales	
ii b) Personas que consumen drogas inyectables	No
ii c) Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	Si
Estudio de seroprevalencia de VIH cada 5 años en 2 regiones del país, realizado el año 2010.	
ii d) Personas transgénero	No
iii) Otros grupos poblacionales específicos (indique cuáles)	No

H. Seguimiento y evaluación.

36. ¿Cuál es el estado actual de la planificación del seguimiento y la evaluación de la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH?	
Hay un plan nacional de seguimiento y evaluación.	Si
Actualización más reciente en el año 2012.	
Se realizó una revisión del sistema de seguimiento y evaluación.	Si
Año en que se realizó la revisión más reciente, 2012.	
Se ha planificado una revisión del sistema de seguimiento y evaluación	Si
Se hará en el año 2014.	

I. Farmacorresistencia del VIH.

37. ¿Hay una estrategia nacional vigente sobre la farmacorresistencia del VIH?	Si
¿Está incorporada en la estrategia nacional contra la infección por el VIH?	Si
Forma parte de las estrategias de atención integral.	
38. ¿Ha llevado a cabo el país la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH según los siguientes protocolos de la OMS?	
En cada en que la respuesta sea afirmativa, indique el año de la encuesta más reciente ____ y el año de la próxima encuesta ____	
1. Encuestas sobre farmacorresistencia transmitida	No
Durante el 2014 se inicia estudio	
2. Encuestas sobre farmacorresistencia previa al tratamiento	No
Durante el 2014 se inicia estudio	
3. Encuestas sobre farmacorresistencia adquirida	No
4. Encuestas sobre farmacorresistencia pediátrica	No
5. Vigilancia de los indicadores de alerta temprana de la farmacorresistencia del VIH	Si
La vigilancia de los indicadores de alerta temprana está implementada en todos los establecimientos de salud que ofrecen TARV (63).	

J. Vigilancia de la toxicidad.

39. ¿Cuál es el estado de la vigilancia nacional de la toxicidad de los antirretrovirales?	
Existe una política o estrategia nacional sobre la vigilancia de la toxicidad de los antirretrovirales	No
Las actividades de vigilancia de la toxicidad están en una etapa piloto	No
Las actividades de vigilancia de la toxicidad forman parte de un programa nacional	No
Los datos de vigilancia de la toxicidad están integrados en la presentación de información sobre seguimiento y evaluación dentro del programa de ART	No
Está en proyecto diseñar un sistema de vigilancia de la toxicidad de los ARV. Como parte del seguimiento clínico de las personas en TARV se incluye la medición de los niveles de toxicidad	

K. Planificación y revisión estratégicas.

40. ¿Cuál es el estado de la elaboración de programas nacionales contra la infección por el VIH/sida (que incluyan la infección por el VIH en el sector de la salud)?	
El plan estratégico nacional contra la infección por el VIH está vigente del año 2012 al año 2016	
La próxima revisión del programa contra la infección por el VIH (sector de la salud) está planificada para el año 2014	
41. ¿Se abordan los siguientes elementos en la estrategia nacional actual contra la infección por el VIH (sector de la salud)?	
a) Logro del acceso universal al tratamiento antirretroviral	Si
b) Colaboración entre los servicios de atención de la infección por el VIH y servicios de otro tipo, incluida la salud reproductiva	Si
c) Fortalecimiento de los sistemas de salud	Si
d) Reducción de las desigualdades	Si

L. Salud reproductiva e investigación.

En su país, ¿hay sitios de prestación de servicios que brinden atención psicológica y médica apropiadas, al igual que apoyo a las mujeres y los hombres que han sufrido violaciones o incesto? La atención y el apoyo médicos y psicológicos están en consonancia con las recomendaciones de las directrices clínicas y de política de la OMS sobre la violencia infligida por la pareja: <i>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines</i> (2013).	
Se proporciona apoyo de primera línea o lo que se conoce como primeros auxilios psicológicos	Si
Se proporciona anticoncepción de urgencia a las mujeres que acuden a los servicios dentro de los 5 días	Si
Se ofrece un aborto seguro si una mujer está embarazada como consecuencia de violación, en conformidad con lo que establezca la ley nacional	No
Se proporciona profilaxis posterior a la infección por el VIH y las ITS (en las 72 horas posteriores a una agresión sexual) según sea necesario	Si