



Universidad de Chile
Instituto de la Comunicación e Imagen
Escuela de Periodismo

“MIENTRAS MAS LO IGNORAMOS, MAS FUERTE SE HACE”

VIH: La enfermedad de la que Chile no se ha hecho cargo

SILVANA BOTELLO CORDANO
JAVIERA CARRILLO AVENDAÑO

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA

Categoría: Reportaje

PROFESORA GUÍA: TANIA TAMAYO GREZ

SANTIAGO DE CHILE

JULIO 2018

ÍNDICE

Agradecimientos	03
Capítulo 1: La preocupante realidad del VIH en Chile	04
Los números del VIH en el Chile actual.....	04
El deficiente tratamiento de la televisión	06
La respuesta del Minsal	07
La crítica de los expertos	08
¿Realmente aumentó el testeó?	12
¿Por qué han aumentado los casos de VIH?	15
1) La falla en el diagnóstico	15
2) Campañas ineficientes e inexistentes	19
3) Financiamiento.....	22
4) Falta de educación sexual	23
5) ¿Qué pasa con el uso de preservativo?	27
Capítulo 2: Los jóvenes y el VIH/SIDA	30
El Flaco	30
Las cifras en los jóvenes	33
¿Qué pasa con los jóvenes?	35
Cambio en las conductas de riesgo	35
¿Los jóvenes le han perdido el temor a la enfermedad?	38
Poco acceso a exámenes	41
“Le han hecho daño a los jóvenes”	41
Se pensó que el VIH estaba controlado.....	43
Diferencias sociales en los jóvenes	43

Capítulo 3: Las mujeres también tienen VIH	45
Elayne	45
El aumento del VIH en las mujeres	47
Las mujeres que se contagian	48
No se usa condón masculino	48
Las contagian sus parejas estables en sus propias camas	51
Falta de información en los Servicios de Salud	56
La deuda con las mujeres	56
Violencia y discriminación	59
Esterilización forzada.....	61
Transmisión vertical	63
Niños viviendo con VIH	78
Capítulo 4: El VIH/SIDA está en todo el país	72
El lonko huilliche	72
“Nos acusan de violentos, de agresivos... ¿Tú te pondrías agresiva si violentan tu vida?”	73
Las tasas más altas de Chile	75
¿Cómo se explica la situación del norte?	76
¿Qué dicen las autoridades?	82
Arica	82
Iquique	84
Magallanes	87
El pueblo olvidado	89
La sexualidad se vive de otra manera	92
La invisibilidad de vivir con VIH en el Chile de hoy	94
Bibliografía	96

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las las personas que valiente y desinteresadamente participaron en esta investigación, especialmente a aquellos que nos confiaron sus historias personales: Elayne, El Flaco y Willy. Tengan por seguro que sus relatos no han sido contados en vano, y gracias a ello podemos aportar a la cultura preventiva de nuestros jóvenes, en cuyas manos está la clave para que esta infame enfermedad detenga su aumento nivel global. Sin el apoyo de ustedes, ni del resto de los entrevistados, no hubiese sido posible realizar este trabajo.

También agradecemos a todos los médicos que aportaron con nuestra investigación, ya que nos enfocaron en un tema muy complejo y con muchísimas aristas. Gracias especialmente al doctor Carlos Beltrán, que compartió su experticia en torno al VIH humildemente con nosotras, a pesar de su acotado tiempo disponible.

Destacamos también la disposición, guía y apoyo de Marcela Silva, una mujer incansable, cuya convicción inquebrantable e historia nos dió la energía necesaria inmiscuirnos de lleno en el mundo de las mujeres viviendo con VIH, y a sensibilizar a quienes nos rodean al respecto.

A todos y todas ustedes va dirigida esta investigación. Esperamos que la disfruten y les sea útil para ese objetivo en común que tenemos: informar para detener la acelerada propagación del VIH qué actualmente estamos viviendo en nuestro país.

Silvana y Javiera

LA PREOCUPANTE REALIDAD DEL VIH EN CHILE

Los números del VIH en el Chile actual

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad que está lejos de erradicarse en Chile, a pesar de que en el resto del mundo su contagio va en declive.

Durante los últimos años se ha registrado un aumento exponencial de casos notificados de VIH en nuestro país, con un crecimiento de más del 100% de confirmados entre el 2000 y 2016, cuyo rango etario más afectado son los jóvenes entre 15 y 29 años, que constituyen infecciones nuevas. Esto sin contar a las personas que aún no han sido notificadas, considerando, además, que en Chile se diagnostica entre el 50 y 60% de personas infectadas. “Este aumento de 2900 y algo de casos confirmados del 2010 a casi 4900 y algo en el 2016 no significa que el en 2016 se infectaron 5 mil personas, se infectaron probablemente 8 mil”, señala el doctor Carlos Beltrán, infectólogo y presidente de la Corporación Sida Chile.

Año	N° Exámenes Confirmados
2000	2.429
2001	2.478
2002	2.445
2003	2.504
2004	2.292
2005	2.376
2006	2.423
2007	2.863
2008	3.107
2009	3.101
2010	3.232
2011	3.471
2012	3.616
2013	4.385
2014	4.498
2015	4.753
2016*	4.927
2017*	5.816

Fuente: Instituto de Salud Pública.

*El dato se refiere a personas

Tabla 2: Casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive), por mes y año. Chile, 2010-2015.

Mes	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Enero	253	254	317	334	376	344	1.878
Febrero	229	237	296	290	324	312	1.688
Marzo	277	287	287	299	316	386	1.852
Abril	233	277	265	370	343	356	1.844
Mayo	248	267	285	319	350	323	1.792
Junio	207	261	293	314	300	349	1.724
Julio	253	234	276	337	344	373	1.817
Agosto	244	250	292	326	375	333	1.820
Septiembre	226	269	245	275	300	376	1.691
Octubre	243	279	296	451	397	383	2.049
Noviembre	290	270	272	348	341	399	1.920
Diciembre	265	254	265	341	299	357	1.781
Total	2.968	3.139	3.389	4.004	4.065	4.291	21.856

Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.

Ya en noviembre de 2016, el Instituto de Salud Pública (ISP) tenía conocimiento de esta alarmante situación, cuando

publicó la cantidad de casos confirmados en mayores de 13 años entre 2010 y 2015. En este documento se indica que en 2010 se notificaron 2.968 nuevos casos en mayores de 13 años,

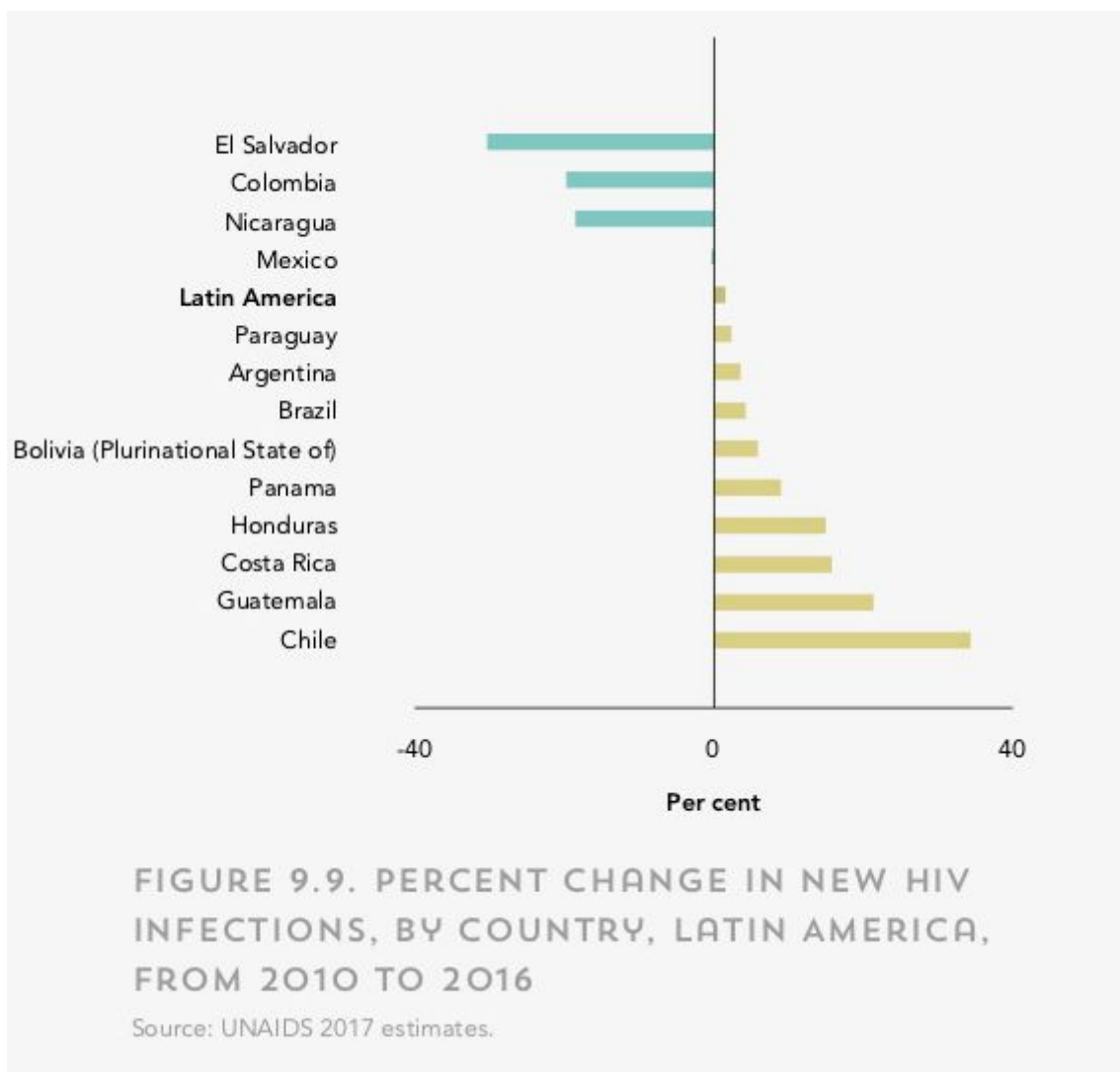
mientras que en 2015 esa cifra llegó a 4.291. En otras palabras, en cinco años los casos de nuevos contagios aumentaron en 45%, sin contar los casos de personas portadoras del virus que no están notificadas.

Sin embargo, y de manera alarmante, estas cifras no son del todo inquietantes si las comparamos con los nuevos contagios contabilizados en 2017.

Según datos entregados por el Ministerio de Salud (MINSAL), el año pasado concluyó con 5.816 personas notificadas con VIH, osea, más de 1000 personas más de las que se notificaron en 2015, y aproximadamente 2500 más de las notificadas en 2010. Mientras los contagios de VIH aumentaban silenciosamente, otras instituciones no gubernamentales posaron su mirada en la considerable expansión del virus en Chile. En julio de 2017 Onusida publicó el informe “Ending AIDS, progress towards the 90-90-90 targets”, un trabajo realizado con cifras entregadas por el MINSAL y algunas organizaciones de la sociedad civil chilena que sintetizó la realidad del VIH/SIDA en el país y la región.

En este estudio Chile se posicionó como el país Latinoamericano con las cifras más altas de nuevos contagios de VIH, mientras la mayoría de los países de la región están disminuyendo estos casos, algunos considerablemente. Señala el informe:

“Las tendencias varían considerablemente entre los países. Si bien las nuevas infecciones han disminuido en más del 20% en Colombia, El Salvador, Nicaragua y Uruguay desde 2010, aumentaron levemente en Argentina y Brasil (3%) durante el mismo período. Hubo grandes aumentos en Chile (34%) y varios países de Centroamérica, especialmente Guatemala (23%), Costa Rica (16%), Honduras (11%) y Panamá (9%) entre 2010 y 2016” (Ver recuadro).



La mayoría de las personas entrevistadas para esta investigación coinciden en que la publicación de este estudio fue “La gota que rebalsó el vaso”, y que de una u otra forma posicionó el tema en la agenda mediática de un país que pocas veces antes había hablado de VIH/SIDA en los medios de comunicación masivos.

El deficiente tratamiento de la televisión

Entre el 2015 y 2016 programas como El Informante de TVN y Contacto de Canal 13 alertaban sobre esta situación, aunque con un manejo periodístico y editorial que limitaba con la estigmatización, el sensacionalismo y la marginación hacia las personas que viven con esta enfermedad. Elayne Leyton, Directora de ARPEVIH y mujer viviendo con VIH fue testigo de esta situación: Fue invitada al El Informante y comenta, se llevó una muy desagradable

experiencia. “Fui tratada como si me estuviesen haciendo un favor”. Además, el programa (reflejo de la televisión de la época) quedó al debe en lo que se refiere a la realidad de las mujeres que conviven la enfermedad: “En esa discusión no había ninguna mujer, solo hombres, entonces yo les dije: “Bueno, y las mujeres, ¿dónde están?”.

El domingo 7 de agosto de 2016 se transmitió por Canal 13 un capítulo del programa Contacto llamado: “SIDA, ¿Fuera de control?”, en el que Elayne también fue invitada a dar declaraciones. Sin embargo, en el material que apareció en pantallas se mostró solamente la historia de cómo se contagió Elayne, en lugar de su trabajo como activista regional. Además, en dicho capítulo apareció una mujer contando su historia de espaldas, al igual que en El Informante, a pesar de lo morboso y sensacionalista que es este recurso. “Eso ya no debiera existir, especialmente en las mujeres”, señala Elayne.

En ambas oportunidades, expertos en el área de infectología que trabajan a diario con VIH planteaban que los últimos años se había dado un aumento descontrolado del contagio de ésta enfermedad, especialmente en jóvenes y mujeres.

La respuesta del Minsal

El programa Contacto, citado anteriormente, se emitió aproximadamente un año antes de la publicación del informe de Onusida de 2017. En él se consultó a Edith Ortiz, quien entonces era jefa del Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA, sobre las últimas cifras disponibles que daban cuenta del aumento de casos en Chile. En esa oportunidad, Ortiz desmintió categóricamente estas cifras, señalando que había una “estabilidad en el número de casos”.

A mediados de 2017, y a pesar de las erróneas cuñas que había entregado en el programa Contacto, Edith Ortiz seguía trabajando en el Programa de VIH del Minsal, sin embargo, ya no se desempeñaba como la Jefa de esta división.

Después de la publicación del informe de Onusida en julio de 2017, Ortiz se refirió al tema y aseguró que las cifras publicadas fueron malinterpretadas por lo medios de comunicación,

ya que, según ella, el aumento de nuevos casos notificados estaban relacionados con una mayor pesquisa en el país: “A través del tiempo, hay mayor cantidad de personas que se está haciendo el examen, y eso significa que se conocen más casos. Si más personas acceden al examen, se realizan más confirmaciones por parte del ISP, por tanto son nuevos casos”, sostuvo Edith Ortiz en julio de 2017.

En esa misma línea de justificación que utilizaba el Minsal en esa época, el evidente aumento de casos de VIH en Chile se explicaba por dos razones:

“Una, que todavía estamos en una epidemia en Chile que va en ascenso. Todavía no llegamos a una estabilidad como uno podría apreciar en otros países de Europa o Estados Unidos. La otra condición que está determinando ese aumento es que hay más personas que se están haciendo el examen. Estamos diagnosticando nuevos casos, que es uno de los objetivos de este programa, además de la prevención primaria, o sea, evitar las transmisiones o disminuir la velocidad de transmisión, las tasas de contagio, casos nuevos, pero también diagnosticar aquellos casos que estando con VIH hoy día no han sido diagnosticados, algo que ocurre en todos los países del mundo, no sólo en Chile”.

La crítica de los expertos

Los argumentos entregados por el Minsal para explicar el aumento de nuevos casos de VIH no son suficientes para profesionales de la salud que han estudiado la enfermedad, y trabajan a diario con ella. Para ellos, las autoridades intentaron bajarle el perfil a esta situación, justificando el alza con un supuesto aumento de testeo que no es real ni responde a un aumento de pesquisas.

Valeria Stuardo, Doctora en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y matrona de la UFRO, ha trabajado en el área de enfermedades transmisibles, como el VIH y SIDA. Asegura que lo que sucedió en Chile durante los últimos años fue una reemergencia del VIH, ya que las tasas estaban controladas pero comenzaron a aumentar drásticamente, y eso se aprecia en la incidencia de nuevos casos. Además, sobre el argumento del Minsal que apunta al aumento de testeo como factor relevante en el aumento, sostiene: “La realidad es

que este aumento de casos no es porque ha aumentado el testeo, que a lo mejor podría en algún espacio marginal haber mejorado. Hagámonos cargo de lo que pasa: En Chile hay más casos reales. Cuando tu dices: ‘Ha aumentado el testeo’ te quitas de encima la responsabilidad de la política”, asegura.

Además, el doctor Beltrán es enfático en derribar este argumento entregado por el Minsal, ya qué, según él, lo que realmente sucedió tiene que ver con un decreto más que con una mejora en las pesquisas: “Eso es falso. Entre el 2010 y el 2016 aumentó de 800 mil test al año a 1.150.000 al año, lo que significa un aumento de un 29,1% test realizados en todo Chile. Pero el 70% de los test son realizados en mujeres porque en Chile se incorporó el segundo testeo durante el embarazo, y en Chile, si no me equivoco, son alrededor de 200 mil partos al año, por lo tanto se aumentó en 200 mil el número de test realizados en mujeres. Ahí está el aumento del testeo”.

Otra profesional que trabaja directamente con el VIH y tiene especial cercanía con las mujeres viviendo con esta enfermedad es la infectóloga y jefa del Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios, Patricia Vásquez. Sus 20 años trabajando en el servicio de salud pública no han sido en vano, y la experiencia le indica por qué el supuesto aumento de testeo no es real: “Tal vez en el sistema privado haya aumentado un poco más el testeo, pero en los pacientes de salud pública, si se hubiera aumentado el testeo estaríamos pesquisando precozmente a gente en buen estado, o se hubiera equilibrado, pero la gran mayoría llega a edad avanzada. Eso quiere decir que no aumentó el testeo porque llegan enfermos”, comenta.

A pesar de que algunos de estos profesionales confían en la certeza del informe entregado por ONUSIDA, la doctora Stuardo establece que no refleja realmente lo que está pasando en Chile, sino que la realidad es mucho más grave: “Lo que dice ONUSIDA es que en Chile aumentó un 34% en los últimos seis años. Lo que dicen nuestros datos locales, de casos confirmados por el Instituto de Salud Pública, que es nuestro laboratorio de referencia, es que son muchos más grandes las cifras. Entre el 2010 y 2016 hay un 65% de aumento de los casos”, señala.

No hay consenso entre las cifras que se han entregado de parte de los distintos actores involucrados en este problema, pero todos apuntan a que esta epidemia está lejos de ser controlada. ISP y Minsal son organismos que se desempeñan en el área salud, sin embargo, trabajan de manera independiente y ONUSIDA toma los datos del Minsal para hacer sus balances, de ahí nace la diferencia en las cifras que entregan ante el mismo tema. En palabras de doctor Carlos Beltrán: “Hay distintas cifras. ONUSIDA habló del aumento de un 34% en su informe de julio. El ISP en noviembre del año pasado dio un aumento de los casos confirmados de un 45% y el Ministerio, después del emplazamiento que le hicimos en la comisión de salud de la Cámara, el día 6 de agosto -de 2017-, confirmó que el aumento de casos confirmados entre el 2010 y el 2016 es de un 66%”.

Y así fue. El 7 de agosto de 2017 el Minsal confirmó que el aumento de casos de VIH/SIDA durante los años 2010 y 2016 fue de un 66%. La ministra de Salud de entonces, Carmen Castillo, anunció esta nueva cifra en conjunto con Edgardo Vera, quien era Jefe del Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA y sucesor de Edith Ortiz, y con ello anunciaron la implementación de un programa piloto en el sector público para la prevención y autoexamen de VIH.

Edgardo Vera señaló a El Mercurio: "Estamos haciendo un piloto para garantizar que en la atención pública primaria haya un testeo rápido. El piloto será a partir de este año en la Región Metropolitana y en otra región del país". Además, sobre la accesibilidad y eficiencia del examen para detectar el VIH, la ex ministra Carmen Castillo agregó: “Tenemos avanzado un plan piloto que queremos hacer en la Región Metropolitana, en algún lugar específico por definir técnicamente, y también en alguna región, en una provincia donde podamos evaluar si realmente existe el interés de la población de acceder con mayor facilidad a este examen". Sin embargo, ninguna de esas promesas se cumplió mientras ambos estuvieron en sus roles, antes del recambio de personal que se dió con la llegada de Sebastián Piñera a la presidencia.

Cabe destacar que en estas palabras la ex titular de la cartera de Salud transmite la responsabilidad por el interés del testeo a la población, cuando ésta es una tarea primordial del Minsal, institución que debe tener un rol activo a nivel nacional y salir a hacer pesquisas, no esperar a las personas se acerquen por voluntad propia. No obstante, y luego de haber

participado en un emplazamiento al Minsal, consiguiendo que éste entregara nuevas cifras sobre el aumento de casos de VIH en Chile, el doctor Beltrán dejó en evidencia la inconsistencia de las cifras que maneja el Ministerio. Para él, esto responde a una estrategia comunicacional que ha pasado por diferentes etapas para enfrentar la crisis, sin obtener el efecto que esperaban.

La primera etapa, según él, fue la negación, cuyo objetivo no funcionó luego de que salieron los informes del ISP y Onusida; coincidentemente, esta etapa se dio en la época en que Edith Ortiz negó el aumento de casos en el programa Contacto, argumentando que había una “estabilidad en el número de casos”. La segunda fue la relativización, que consistió en que las autoridades bajaron el perfil al aumento de casos de VIH, argumentando un supuesto aumento del testeo. En la entrevista sostenida con Ortiz para la presente investigación, en julio de 2017, éste fue el argumento se entregó ante la pregunta por el aumento de casos. La siguiente etapa fue la victimización, que consistió en culpar a terceros y así desligarse de la responsabilidad, como se puede apreciar en la cuña emitida por la ex ministra de salud, Carmen Castillo, al diario El Mercurio, citada anteriormente.

El último recurso descrito por el infectólogo fue uso del poder y la prepotencia. El presidente de la Corporación Sida Chile acusa a las autoridades de bloquear actividades que realizaba la organización, por ejemplo, en una campaña en que se ofrecieron test de detección de VIH a universitarios. Cuando Beltrán y su equipo ya habían realizado 5 mil testeos -financiados con fondos propios-, la SEREMI instruyó un sumario sanitario y bloqueó la iniciativa de Sida Chile.

ONUSIDA apoya y recalca la importancia de las organizaciones civiles que trabajan por la prevención del VIH, muy por el contrario a la acción anteriormente descrita por el doctor Beltrán, realizada por el Minsal. “Las organizaciones de sociedad civil son también una fuente valiosa de información respecto a muchos indicadores, especialmente los relacionados con las intervenciones en las que tienen participación activa las organizaciones no gubernamentales, confesionales y comunitarias. En estas intervenciones se incluye el trabajo con los jóvenes, las poblaciones más expuestas y las mujeres embarazadas”, señala el “Monitoreo global del

SIDA 2018: Indicadores para el seguimiento de la declaración política de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA de 2016”, que data del 2017.

“Como parte de ese esfuerzo, debería invitarse a las organizaciones de la sociedad civil a participar también en talleres de alcance nacional para definir cómo podrían brindar mejor apoyo en el proceso de presentación de informes nacionales”, continúa el Monitoreo Global del SIDA 2018, invitando a las instituciones estatales a participar en la elaboración informes y consolidación de datos nacionales, un hecho que está muy lejos de la realidad en Chile, ya que ni siquiera los registros del ISP y MINSAL coinciden, como para invitar a un nuevo actor a participar de éste proceso.

¿Realmente aumentó el testeo?

Tal como se esbozó anteriormente, el Doctor Carlos Beltrán sostuvo que la explicación entregada por el Minsal para justificar el incremento de casos de VIH en Chile es falsa. El inmunólogo asegura que el aumento de testeo aumentó -mínimamente- porque desde el 2011 se comenzó a testear en el segundo ciclo de embarazo a mujeres etapa de gestación.

La última “Guía Clínica AUGE - VIH” disponible data del 2013, y en ella se estableció que desde entonces comenzarían a realizarse test de VIH a las embarazadas.

“En el año 2011, el Ministerio de Salud realizó una modificación al Reglamento de la Ley del SIDA, estableciendo que el examen de VIH en la embarazada se incluye entre los exámenes rutinarios que se realizan a esta población en control, ello con el fin de asegurar al máximo su realización como medida central para evitar la infección pediátrica”, dicta.

Sin embargo, como no se ha publicado una nueva “Guía Clínica AUGE - VIH” más actualizada en la que se estandarice la toma del test de VIH en el segundo ciclo del embarazo, no todos los servicios de salud realizan este procedimiento, quedando a su criterio.

En 2011 -año en que comenzó a realizarse el test de VIH a embarazadas-, de 658.059 testeos realizados, 200.325 fueron dirigidos a mujeres gestantes, lo que representa un 30% del

total de test realizados ese año, pero en ese año fueron 77 las gestantes notificadas por VIH, es decir, sólo el 2,25% del total de los casos notificados fue de mujeres embarazadas. Por este motivo aumentó el testeo ese año, por la obligatoriedad del test en mujeres embarazadas, no por un aumento de pesquisas en la población que más está en riesgo.

Con esto se confirma que efectivamente aumentó la cantidad de testeo, sin embargo, es una “trampa” política que utilizan las autoridades, ya que este aumento de testeo no es significativo. Los grupos que están más en riesgo, donde está focalizada la enfermedad, no están siendo realmente abordados con la oferta de testeo y por tanto, aquellos que portan la enfermedad la siguen transmitiendo sin saberlo.

Esta situación venía ocurriendo desde antes de 2017, ya que en 2011 ocurrió algo similar. El 18,4% de los exámenes realizados ese año fue hecho a embarazadas en el sector público, mientras que las mujeres gestantes notificadas seropositivas, es decir, personas que tienen el anticuerpo del SIDA, correspondía al 2,1% del total de nuevos casos confirmados.

El Ministerio de Salud cuenta con cifras detalladas de la cantidad de personas que se realizaron el examen de VIH dividido por sexo desde el 2012 en adelante, y no dispone dicha

Año	Nº Exámenes VIH Hombres
2012	160.046
2013	168.300
2014	170.859
2015	176.626
2016	190.446
2017	217.016

Fuente: Registros Estadísticos Mensuales-REM. Dpto. Estadísticas e Información en Salud-DEIS. Ministerio de Salud.

Año	Nº Exámenes VIH Mujeres
2012	338.348
2013	374.824
2014	387.101
2015	403.356
2016	432.780
2017	483.948

Fuente: Registros Estadísticos Mensuales-REM. Dpto. Estadísticas e Información en Salud-DEIS. Ministerio de Salud.

Año	Nº Exámenes VIH Embarazadas
2011	200.325
2012	167.089
2013	197.337
2014	203.746
2015	210.934
2016	211.181
2017	218.871

Fuente: Registros Estadísticos Mensuales-REM. Dpto. Estadísticas e Información en Salud-DEIS. Ministerio de Salud.

Año	Nº Exámenes VIH
2011	658.059
2012	930.647
2013	1.033.787
2014	1.111.688
2015	1.122.950
2016*	1.148.600
2017	1.184.197

Fuente: Plataforma Informática Exámenes de VIH. Ministerio de Salud.
*Año 2016 fue corregido respecto de cifra anterior informada, por proceso de validación

información para el sector privado. Según estos datos, en el sector público 160.046 de los test realizados fueron hechos a hombres, mientras que 338.348 se realizaron a mujeres. Esto quiere decir que sólo el 32% del testeo fue dirigido al sexo masculino, que es la población donde está focalizada la epidemia.

De manera inversamente proporcional a la cantidad de testeo en hombres, y según datos del ISP, los casos confirmados de VIH en hombres mayores de 13 años fueron 2.834, o sea, el 83,6% del total de casos confirmados el 2012. Esto da cuenta de la negligente pesquisa que realiza el Minsal, y que además utiliza para encubrir la ineficiencia en su trabajo de prevención: Mientras se estaba focalizando la detección y testeo de VIH en mujeres embarazadas, los hombres mayores de 13 años estaban siendo la población -y siguen siéndolo- más afectada por el virus, con la mayor cantidad de casos confirmados. El VIH es una epidemia focalizada, y el Minsal no hizo trabajo de prevención del contagio en la población con mayor prevalencia.

Año	Gestantes
2010	77
2011	77
2012	74
2013	92
2014	84
2015	87
2016*	99
2017*	124

• Datos preliminares
Fuente: Formulario Notificación de caso VIH/Sida.
Depto de Epidemiología

En 2015 esta brecha aumentó. En el sector público, 176.626 test de Elisa fueron realizados a hombres, lo que se traduce en el 30% del total de exámenes realizados ese año. Paradójicamente, y según cifras del ISP, se confirmaron 3.738 casos de VIH en población masculina ese año, es decir, el 87,1% del total.

Desde el 2012 en adelante, las mujeres son el grupo en que se hace la mayor cantidad de test de Elisa en el sector público de la salud. Sin embargo, “En las mujeres no es donde está el mayor problema del VIH. El 84% de los nuevos casos son hombres, especialmente hombres que tienen sexo con hombres”, señala el Doctor Beltrán.

Nuevamente, con estas cifras se desmorona el argumento entregado por el Minsal, que apunta a que el aumento de testeo influyó en el incremento de casos confirmados del VIH en Chile.

Tabla 5: Casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive), por sexo y año. Chile, 2010-2015.

Año	Hombre	Mujer	Sin dato	Total
2010	2.409	433	126	2.968
2011	2.564	438	137	3.139
2012	2.834	442	113	3.389
2013	3.423	547	34	4.004
2014	3.450	586	29	4.065
2015	3.738	523	30	4.291
Total	18.418	2.969	469	21.856

Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.

La última Encuesta Nacional de la Salud (2016-17) también arrojó un dato preocupante sobre los testeos. Sólo el 17,2% de la población total en Chile asegura haberse realizado el examen de VIH o SIDA en los últimos 12 meses, mientras en la Encuesta del 2009-10, esta cifra ascendía al 28.8%. Esto quiere decir que a cantidad de personas que se testean va en disminución, mientras el aumento de casos crece exponencialmente.

¿Por qué han aumentado los casos de VIH?

Como se señaló recientemente, el aumento de testeo no explica el alza de casos de VIH en Chile. Entonces, ¿cuáles son las razones de esta crisis?

1) La falla en el diagnóstico

Una de las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para erradicar el VIH/SIDA es la estrategia 90-90-90. La iniciativa traza un plan de acción para que el 2020 el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su situación serológica. También se espera que el 90% de las personas diagnosticadas con VIH estén en terapia antirretroviral, y por último, esta iniciativa planea que al 2020 el 90% de las personas que están en tratamiento se encuentren bajo supervisión viral.

Para el doctor Beltrán, uno de los pilares para disminuir la enfermedad es la realización del testeo. Si no hay testeo, no hay diagnóstico, por lo tanto el virus se sigue transmitiendo silenciosamente. “Si sale positiva (la prueba de VIH), inmediatamente se deriva en atención, comienza el tratamiento y se deja de transmitir el VIH, que es la estrategia de la OMS del

famoso 90-90-90 para controlar la epidemia: Que toda la gente que tiene VIH se diagnostique, se trate y por lo tanto no transmita, al igual que la estrategia para erradicar la tuberculosis”, comenta.

La doctora Carolina Chahín, médico internista y jefa de la unidad de infectología del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, también recalca la importancia de la meta propuesta por la OMS para que el virus no se siga transmitiendo: “Si tú estás con VIH y sin diagnóstico, tú vas a transmitir la infección, eso está probado. Hoy día

el principal mecanismo para no infectar a otros es el tratamiento antirretroviral, que lleva a esa persona a carga viral indetectable, que es el objetivo de la iniciativa 90-90-90 (90% con diagnóstico, 90% con tratamiento y 90% indetectable) como una medida de salud pública más que medida individual. Al tener un 90% indetectable, esas personas no van a infectar a otras y así va a controlar la epidemia, que para el año 2030 no va a ser un problema de salud pública. En Chile como la gente no tiene diagnóstico, no se ha tratado, y como no se ha tratado siguen infectando”, asegura.

Estimaciones de población viviendo con VIH, según software Spectrum. Chile 2000-2017

Años	Casos
2000	19.116
2001	20.584
2002	22.154
2003	23.954
2004	25.963
2005	28.121
2006	30.490
2007	33.018
2008	35.674
2009	38.433
2010	41.300
2011	44.258
2012	47.259
2013	50.436
2014	53.886
2015	57.580
2016	61.432
2017	65.504

Fuente: Estimaciones nacionales por Spectrum, software ONUSIDA 2017 último año con información publicable y validada por ONUSIDA

La estimación de casos de VIH en Chile según ONUSIDA son 65 mil al 2017, de acuerdo a los datos generados por el software Spectrum. De ellos, hay 39.088 personas en tratamiento, según registros del Minsal. Sin embargo, ¿cuántos son los confirmados que no están en tratamiento, y los que aún no han sido notificados con el virus? Según Edith Ortiz, al año 2017 había entre 41 mil y 42 mil contagiados en conocimiento de su condición serológica. Esto quiere decir que entre el 63 y 64% del total de personas viviendo con VIH estaba notificado, cifra muy lejana al 90% propuesto por la OMS. Si bien desde el Minsal dicen que

hay alrededor de 42 mil contagiados confirmados con VIH, desde el ISP aseguran que en el periodo del 2000 al 2017 se confirmaron 55.209 casos, mientras que en el periodo desde 1987 hasta 1999 fueron 15.457. “Las cantidades indicadas se refieren a muestras que fueron derivadas al ISP para confirmación, por lo que no necesariamente corresponden al número de casos (un paciente corresponde a más de una muestra analizada)”, sostienen desde la institución.

Año	N° Personas en Tratamiento
2000	1.577
2001	2.698
2002	3.393
2003	4.727
2004	5.835
2005	7.085
2006	7.782
2007	10.223
2008	10.904
2009	12.762
2010	14.356
2011	15.617
2012	19.071
2013	22.706
2014	25.106
2015	28.082
2016	32.738
2017	39.088

Fuentes: Registros Centros de Atención del Sector Público de Salud; Registros Superintendencia de Salud. Información del Sector Privado disponible desde 2007 en adelante.

“En Chile sabemos que alrededor de un 40% de las personas que viven con el virus no se han diagnosticado, porque no se han puesto en la situación de que pueden tener el virus y no se han hecho nunca el test. Esas son personas que pueden estar durante varios años sin tener ningún síntoma, hasta que de pronto caen enfermas”, sostiene la doctora Cecilia Sepúlveda.

De las personas diagnosticadas al 2017, 39 mil están en tratamiento, es decir, el 92% de las personas que tienen VIH se encuentran con terapia

antirretroviral. “Se da la brecha porque aquí no todas las personas que se han hecho el examen y han sido confirmadas como positivas ingresaron a su control. Aquí también hay un tema de voluntariedad de las personas. O sea, yo puedo citar, puedo ir a buscar a las personas y eso se hace. Pero no se puede obligar”, sostiene Ortiz.

A pesar de la deficiencia que hay en el primer 90, la doctora Patricia Vásquez reconoce que en los otros dos niveles Chile está mejor: “Estamos super mal en el primer 90 (diagnóstico). En el otro estamos mucho mejor, porque aquí los programas son buenos, tenemos psicólogos, químicos farmacéuticos”, afirma.

La doctora Valeria Stuardo resalta la labor que ha realizado la fundación REDOSS en la pesquisa. Esta organización hace diez años realiza testeos comunitarios, e incluso aplican los test rápidos de VIH durante el último tiempo. Tal importancia tiene su labor, que hubo periodos en los que solamente esta ONG detectó el 15% de los diagnósticos confirmados de la Región Metropolitana, sin obtener nada de financiamiento estatal. “No puede ser que una organización que diagnostica el 15% de los nuevos casos de la Región Metropolitana no tenga financiamiento. Le están haciendo la pega al Estado”, comenta Stuardo.

Además de la iniciativa de la fundación REDOSS, hay otras iniciativas no estatales que se dedican a realizar testeos de VIH. A fines de 2017, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile realizó testeo gratuito masivo. De los 1.273 exámenes realizados, 20 salieron positivos (18 hombres y 2 mujeres), confirmados por el ISP. El promedio de las personas que se hicieron el test es de 24 años, y el 60,4% de ellos nunca se había realizado el examen de VIH anteriormente. Esta iniciativa también se replicó en abril de 2018, ocasión en la que se ofrecieron test rápidos de manera gratuita en la Casa Central de la Universidad de Chile dirigidos a sus estudiantes, académicos y funcionarios.

La doctora Carolina Chahín critica el escaso testeo actual y la falta de pesquisa que hay en el país: “En Chile prácticamente no hay diagnóstico. Por norma solamente se testean las embarazadas, y la oferta del test es muy poca en una población mal informada, en el sentido del mensaje ‘si tiene conductas de riesgo, entérese’, y en realidad la cosa no es así. La gente tratando de hacerse el test se cansa, se aburre y desiste”, asegura la médico internista, refiriéndose a las barreras que existen en el sistema público para la realización del test de Elisa.

La falla en el diagnóstico es uno de los problemas más graves que hay en Chile. Si no hay testeo masivo, las personas que están contagiadas llegan a tratarse con la enfermedad muy avanzada y, además, son personas que pueden seguir transmitiendo el virus. Errar en el primer 90 propuesto por la OMS no ayuda a disminuir los contagios, ni a erradicar la enfermedad de aquí al 2030. “Sigue afectando en Latinoamérica y en Europa el retardo de diagnóstico. Hay personas que llegan en etapa avanzada, un 35%-40% en etapa SIDA, con otras enfermedades, deteriorados, con necesidad inmediata de iniciar tratamiento. Esas personas no se contagiaron ayer, se contagiaron hace mucho tiempo”, enfatiza la doctora Stuardo.

2) Campañas ineficientes e inexistentes

La primera campaña de prevención de VIH/SIDA fue publicada en noviembre 1991 por el Ministerio de Salud, a través de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). En ese entonces, el mensaje era: “Yo estoy afectado/a por el SIDA”. Esta campaña tuvo tres objetivos: Sensibilización; información y no discriminación, además de compromiso preventivo. Fueron 18 spots en los que participaron líderes de opinión y jóvenes de la época.

La campaña contemplaba informar sobre vías de transmisión, métodos de prevención e incitar a la convivencia social normal con personas viviendo con VIH, que en ese entonces eran todavía más discriminadas que en la actualidad. La evaluación que hizo el Minsal sobre esta campaña fue positiva, ya que la Encuesta Nacional verificó el alcance del 98%, con 80% de aprobación. El 10% indicó que “es un problema de homosexuales y trabajadoras sexuales”, según detalla el “Resumen de las campañas de prevención del VIH/SIDA (1991-2009)”. Esta campaña se extendió hasta diciembre de 1992.

La campaña del 2017 fue la decimoséptima que se hizo en Chile desde 1991. Fue lanzada el 2 de agosto de 2017, en medio de la polémica que generó el estudio de ONUSIDA que señalaba que los casos de VIH en Chile habían aumentado en un 34% entre 2010 y 2016. Contemplaba un spot para la televisión e internet, tres frases radiales, afiches con seis temas diferentes, poleras y volantes informativos, según indica el informe “Campañas de Comunicación Social para la Prevención del VIH/SIDA (1991-2017)” del Minsal. Se difundió, aproximadamente, durante dos meses en los medios de comunicación, redes sociales y espacios públicos.

El eslogan de esta campaña fue: “VIH/SIDA. Más lo ignoramos, más fuerte se hace”. Los productos audiovisuales y gráficos mostraban a jóvenes, inmigrantes, parejas homosexuales y trabajadoras sexuales. Este hecho despertó varias críticas: Se le acusó de racista y estigmatizadora, por utilizar la imagen de un inmigrante negro, cuando la población migrante de nuestro país no representa una alta cantidad de casos de VIH. Además se consideró una estigmatización hacia las trabajadoras sexuales, cuyas cifras de contagio de VIH son absolutamente mínimas debido al trabajo de autocuidado que realizan de manera

independiente. La Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe (RedTraSex), se refiere a este tema en la “Guía para el abordaje periodístico del trabajo sexual y las trabajadoras sexuales”, donde en el apartado “El mito del foco de infección” se refiere a la supuesta relación entre las trabajadoras sexuales y VIH: “A pesar de nuestra mayor vulnerabilidad frente a las infecciones de transmisión sexual (generadas por la clandestinización, la marginación, la dificultad para acceder a los servicios de salud, etc.) las trabajadoras sexuales hemos disminuido la prevalencia de VIH en nuestra población, y realizamos exitosas campañas de prevención entre pares. Además, la presunción de que sólo depende de la mujer el cuidado de la salud y, específicamente, de la salud sexual, es un mandato de género muy arraigado en nuestra sociedad”, señala.

Por otra parte, en la campaña mencionada no se incluyó a mujeres “dueñas de casa”, y recién en esta campaña -después de 26 años desde el lanzamiento desde la primera- se incluyó a personas indígenas, aunque solo en imagen, ya que no hubo una traducción de este contenido a sus lenguas originarias, a pesar de que se tiene conocimiento que las cifras de aumento de contagio van en aumento en este grupo.

Actualmente, el Programa de prevención de VIH del Minsal reconoce tener campañas en tres niveles: Está el comunicacional o masivo, la estrategia comunitaria/grupal y el individual. El primer nivel son las campañas nacionales que se realizan una vez al año y que se difunden a través de los medios de comunicación como la televisión y la radio. Para Edith Ortiz, esta campaña lo que busca es generar un clima social. No pretende cambiar la conducta de las personas.

El nivel grupal/comunitario se realiza de manera regional. “Las 15 regiones del país, año a año, presentan un plan regional de prevención de VIH y ETS a nosotros. Tiene financiamiento de cada una de las regiones y se desarrollan proyectos con distintos grupos poblacionales”, comenta Ortiz. Por último, está el nivel individual, que se establece principalmente en la atención primaria de salud (APS). En este escalafón “la persona accede a estos mismos servicios de orientación y entrega de información a través de la consejería individual”, afirma Ortiz.

Estos tres niveles conforman lo que el Programa de VIH llama la “Estrategia Nacional de Prevención”, sin embargo, ¿es suficiente? Los expertos en VIH/SIDA coinciden en que la falta de campañas ha sido un factor que ha influido en el aumento de contagios, ya que las campañas masivas realizadas una vez al año no han creado en ningún caso consciencia social sobre la enfermedad, que todavía sigue siendo considerada muy ajena.

Para el doctor Beltrán, aunque las campañas están destinadas a generar conciencia, no lo han logrado en ninguna de las que se han hecho desde 1991. Además, asegura que el enfoque que se les ha dado no ha sido el adecuado, ya que se dirigen sólo a ciertos grupos: “Ha tenido un enfoque localizado en ciertas poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, con las poblaciones transgénero, y recién en esta última agregaron a los pueblos originarios. Esto ha contribuido a generar conciencia de que el VIH no es un tema de todo el mundo, sino que es un tema de los gays. Yo creo que los resultados de las campañas son menos que nulos”, comenta.

Las campañas y los medios de comunicación son fundamentales para instalar en la discusión pública sobre temas preocupantes como el alza que han tenido las notificaciones de VIH en Chile, cuando se pensaba que ésta era una enfermedad controlada. Si a la población no se le recuerda cada cierto tiempo, se produce una despreocupación sobre el tema y, por ende, mayor probabilidad de contagios y alza en los casos. La falta de campañas masivas “hace que la gente pueda creer que ya no se hacen campañas, porque este es un tema controlado. Esto lleva a que haya un cierto descuido al respecto”, afirma la doctora Cecilia Sepúlveda.

Por otro lado, la doctora Patricia Vásquez hace una crítica a los medios de comunicación, ya que -al igual que las campañas- se habla sobre este tema sólo cuando sucede algún acontecimiento relacionado a la enfermedad y no de manera permanente como debería, considerando que las cifras contagio van en aumento: “Las campañas debieran estar siempre, pero también tendrían participar los medios. La prensa es amarilla. Hay pocos diarios que se toman en serio el tema del VIH. Yo creo que ahí hay una labor que está pendiente de parte de los medios, absolutamente, de meter los temas porque sí, no esperar que sea el Día Mundial del Sida o que se muera otra vez Freddy Mercury”, sostiene la infectóloga.

3) Financiamiento

En cuanto al gasto destinado a las campañas nacionales de VIH/SIDA, el escaso aumento de recursos destinados a su realización dejan en evidencia la falta de compromiso por parte de las autoridades para realizar campañas duraderas, de calidad y que calen en el imaginario colectivo, en pos de la prevención del contagio del virus. El año 2010 el gasto fue de \$366.912.000 pesos, mientras que en el 2017 se incrementó el desembolso en sólo 30 millones, llegando a \$399.850.000.

El financiamiento destinado a campañas, en relación con la cantidad de casos confirmados de VIH en Chile son inversamente proporcionales. Mientras más casos se han registrado, como sucedió en el 2017, menor ha sido la inversión, que disminuyó respecto a los años 2011, 2012 y 2013.

Mientras solo en 2012 se destinó \$544.998.000 a la campaña anual, para los años 2014 y 2015 se hizo una sola campaña, que contó con un financiamiento menor al utilizado en 2012, de \$505.170.000.

Año	Monto (M\$)
2010	366.912
2011	652.822
2012	544.998
2013	419.990
2014-2015	505.170
2015-2016	482.752
2017	399.855

4) Falta de educación sexual

Así de categórico: En Chile no hay educación sexual. En los colegios no se educa sobre este ámbito del desarrollo humano, exceptuando iniciativas particulares. En el “Currículum Nacional del Ministerio de Educación” no está contemplada la enseñanza sobre sexualidad, y la prevención y cuidados asociados. Solo se considera el enfoque biológico del sistema reproductivo, pero no contempla la preparación de niños y jóvenes para enfrentar la sexualidad y sus implicancias.

Magdalena Rivera, médico que ha trabajado varios años en sexualidad adolescente y directora de la Escuela Transdisciplinaria de la Sexualidad, critica la falta de educación sexual en los colegios, y el mecanismo que se implementa actualmente en torno a este tema. “En este momento ni siquiera hay un programa estatal de educación sexual, sino que hay varios programas de privados que las escuelas pueden comprar o implementar el suyo propio. No tienen un contenido mínimo, e incluso hay algunos varios que están basados en la abstinencia, cuando está probado científicamente que no funciona, porque no previene embarazos no deseados ni prevención de enfermedades de transmisión sexual”, afirma.

Para los todos los especialistas consultados para esta investigación, este déficit es una de las razones del por qué han aumentado los casos de VIH en Chile. Uno de los pilares de la prevención es la educación sexual, que no está presente en los establecimientos educacionales de nuestro país. “En la base de todo, según mi opinión, está la educación sexual, que en Chile prácticamente no existe. Si uno mira los objetivos curriculares de la enseñanza escolar hay muy poco que apunte hacia esta área. En biología se enseñan aspectos que tienen que ver con el virus, cómo se transmite, pero el cómo formarse en una sexualidad sana y cómo evitar esta ETS, así como otras que pueden ser muy graves, está ausente y ha estado ausente en todos los gobiernos”, analiza la doctora Cecilia Sepúlveda.

No obstante, ésta no es una crítica exclusiva de los profesionales de la salud. También el Ministerio de Salud reconoce la necesidad de impartir la educación sexual en las aulas. “El país no tiene hoy en día dentro del currículum académico o escolar la formación en este campo. Lo que tiene son temas biomédicos y anatómicos en los libros de biología, pero

estamos hablando de otra cosa. Estamos hablando de entregarles elementos -de acuerdo a cada nivel de escolaridad- para el autocuidado en la salud sexual futura, que incluye prevención de embarazo, ETS, el cuidado del cuerpo, la prevención de los abusos sexuales, la violación, otros elementos, y éste (el VIH) es uno más dentro de esos”, señala Edith Ortiz.

Al no existir educación sexual, se corre el riesgo de que la gente se contagie más, y no solo de VIH, sino que también de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). La doctora Stuardo está convencida de que la educación sexual en los colegios debiera ser obligatoria y no una opción, ya que establecimientos religiosos, como los colegios católicos, son más reacios a hablar de estos temas con los estudiantes.

Al igual que la doctora Stuardo, la doctora Vásquez critica la influencia que tiene la Iglesia Católica en los programas educacionales, ya que los establecimientos de orientación religiosa son más reticentes a que se enseñe educación sexual. Ponen trabas para que se lleven a cabo jornadas de aprendizaje, y no facilitan la distribución de preservativos. “Aquí también hay una cuestión súper fuerte de la Iglesia Católica en nuestro país. Es un poder fáctico impresionante que no colabora con el cuento de los condones. Justamente en los lugares donde se junta gente joven uno tendría que ir a meter el tema. Se han hecho jornadas independientes en cada colegio, pero eso son iniciativas particulares. Y es un tremendo lío, porque tiene que aprobarlo el centro de padres o sino no se hace”, indica la infectóloga del Hospital San Juan de Dios.

“Los colegios católicos hablan menos (sobre el VIH) y suelen basar la educación sexual en pensar que los jóvenes lleguen vírgenes al matrimonio, la abstinencia, cosa que no funciona mucho. Es como tratar de disminuir los accidentes de tránsito diciéndole a la gente que no salga en auto”, opina la experta en sexualidad, Magdalena Rivera. La profesional señala que en vez de abordar la educación sexual en conceptos morales, debiera basarla en evidencia científica. “Yo creo que está bien que quieran transmitir los valores católicos, pero debería haber siempre acceso a la información científica y cada persona, cada adolescente, elegir los valores que tome y los que no”, explica.

Una de las razones que entrega el doctor Beltrán sobre la nula educación sexual es el conservadurismo y la hipocresía de este país, en donde hablar de sexualidad no es bien visto. “Existe este concepto pacato de que si se hace educación sexual a los jóvenes van a empezar a tener sexo antes. Empiezan igual, con la diferencia de que no saben las cosas que tienen que saber”, afirma el presidente de la Corporación SIDA Chile.

No obstante, éste no es solo un problema del que se debe hacer cargo el Minsal, también hay una responsabilidad del Ministerio de Educación. La educación sexual es un tema transversal que debiera ser responsabilidad y compromiso de todas las áreas, sobre todo educación. “Aquí se requiere una urgencia transversal, intersectorial del país, y que el Ministerio de Educación de una vez por todas se ponga las pilas y empiece con educación sexual en los colegios”, asegura el doctor Beltrán.

La Ley 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, sostiene que “los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual, el cual, según sus principios y valores, incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados”. Cada colegio tiene la facultad de elegir la educación sexual que quiere o no entregar a sus alumnos, de acuerdo a la religión, doctrina o ideales que practique cada establecimiento escolar. En otras palabras, la educación sexual en Chile es arbitraria, está condicionada a la ideología del directorio de cada establecimiento y no es obligatoria.

El problema de la educación sexual en los colegios ha repercutido a lo largo de los años. Se le atribuye a los padres la responsabilidad de hablar y enseñarle a sus hijos sobre una sexualidad responsable, sin embargo, “¿cómo los van a educar convenientemente, si ni ellos mismos tuvieron una formación adecuada en esta área?”, se pregunta la doctora Sepúlveda, apuntando a otro gran problema que se arrastra desde siempre: La educación sexual hogareña también es insuficiente. La falta de conocimiento sobre salud sexual generalizada ha

ocasionado un círculo de desinformación que ha derivado en el aumento de contagios de VIH y otras ETS.

En las familias, muchas veces este tema no se conversa, es un tabú. La doctora Magdalena Rivera, al igual que la doctora Sepúlveda, afirma que es difícil entregarle la responsabilidad a los padres de educar a sus hijos siendo que ellos no recibieron una formación correcta sobre cuidado y responsabilidad sexual. “Ellos no recibieron mucha educación sexual de sus padres ni del colegio, entonces le estamos pidiendo a gente que no sabe del tema y que le cuesta hablarlo, que se haga cargo de la educación sexual. Está súper bien que los padres quieran tener un rol activo y que transmitan valores, pero yo creo que es un error cuando dicen que hay que dejarle todo a los padres, que están desprovistos de herramientas y a veces están hasta sin tiempo”, argumenta la doctora Rivera.

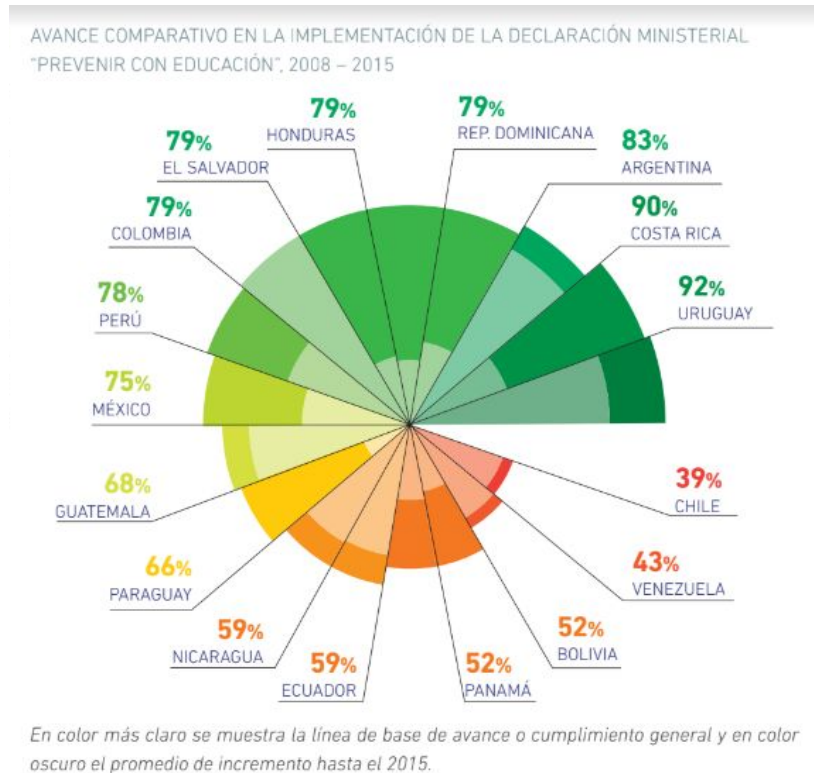
La falta de educación sexual, las escasas campañas, el poco espacio que se le da al VIH en los medios de comunicación, sumado al estigma social que todavía que acarrea la enfermedad, ha producido una desinformación generalizada que ha derivado en el aumento de contagios. La poca información que hay al respecto también ha ocasionado cierta despreocupación de la gente: como no se habla del tema, la prevención y el cuidado de las personas es deficiente.

En la cumbre de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, realizada en 2008, ministros de educación y salud de Latinoamérica adoptaron la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, en donde las autoridades se comprometían a:

- “Para el año 2015, se habrá reducido en 75% la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral en sexualidad, para los centros educativos bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación” y;
- “Para el año 2015, se reducirá en 50% la brecha en adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva”.

A los compromisos se adhirieron 17 países de Latinoamérica, incluido Chile. En 2015 se publicó el avance comparativo en la implementación de la declaración ministerial “Prevenir

con educación, 2008-2015”. Esta evaluación sobre la educación sexual arrojó que Chile es el país que menos ha avanzado en esta materia, a pesar de que suscribió en el compromiso. “En 2015 el promedio de avance general para los 17 países evaluados es de 69 por ciento, lo cual constituye un incremento de 28 por ciento desde la línea de base elaborada en 2010 en Mesoamérica y 2011 en Sudamérica”. Mientras tanto, Chile sólo logró el 39% de avance general en ambas metas propuestas.



5) ¿Qué pasa con el uso de preservativo?

Además del testeo, hay otros pilares definidos por la OMS para prevenir la enfermedad. La doctora en Salud Pública, Valeria Stuardo, sostiene que el testeo no es una forma de prevención primaria, sino que es tamizaje, un mecanismo para detectar a las personas que ya están infectadas.

Lo que hace falta es poner atención en la prevención primaria que, en palabras de Edith Ortiz, “es el evitar adquirir o transmitir el VIH a través del uso del preservativo”, junto a la

educación sexual. Entonces, si no se promueve el uso del condón en las campañas ni en las comunidades, y con una inexistente educación sexual, la prevención primaria está fallando considerablemente.

Por lo mismo, asegura que debido a la falta de temor al contagio por los tratamientos que hay hoy en día, las personas usan cada vez menos el condón, por ende, los índices de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), en general, están en alza.

Esta falta de prevención y de políticas públicas ha derivado en el descuido en las prácticas sexuales de las personas y por tanto, en el no uso del condón. En la última Encuesta Nacional de Salud (2017-16) sólo el 10,1% de la población afirmó haber usado preservativo en los últimos 12 meses. Además, el sondeo arrojó que entre más años de estudio tienen las personas, mayor es el uso del preservativo. El 13,7% de los que tienen 12 años cursados o más han usado prevención en los últimos 12 meses, mientras que entre las personas que cuentan con menos de ocho años de estudios, sólo el 3,4% lo ha usado.

Para la OMS, el uso de preservativo es uno de los pilares fundamentales para prevenir el VIH y otras enfermedades venéreas:

“El uso correcto y sistemático del preservativo masculino o femenino en el curso de la penetración vaginal o anal puede proteger de la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que llega como mínimo a un 85%”.

Según relata la doctora Cecilia Sepúlveda, hace falta trabajar en promover el uso de preservativo, ya que es uno de los mecanismos más eficaces para prevenir el contagio de VIH. “Cuando partió la epidemia, en los años 80-90, el sólo hecho de nombrar la palabra condón provocaba un escándalo. Se evitaba, y sabemos que el uso del condón es muy importante como barrera preventiva, entonces creo que acá nunca se ha puesto en el centro, como debe ser”, sostiene.

El escaso uso de condón se debe a la poca penetración que tienen las campañas en este tema, el rechazo que provoca incluir la promoción del uso de condón en los espacios públicos y el poco acceso que hay a los preservativos. Tampoco se da cabida a la promoción del condón femenino, que podría ser fundamental para frenar el aumento de contagios en población femenina entre 40 y 49 años principalmente, las llamadas “dueñas de casa” que se contagian en sus propias camas y con sus parejas estables, que usualmente contraen el virus a través de relaciones extramaritales.

Si se masificara el condón femenino en la población chilena, ya no sería necesario que las mujeres negocien el uso de condón con sus parejas, y la prevención quedaría en sus manos. ¿Por qué, entonces, si el condón femenino es más beneficioso que el masculino, no se ha implementado? Según Marcela Silva, activista y representante de la Comunidad internacional de mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW) en Chile, por falta de voluntad política. “Nosotras el 2014 retomamos el tema, reunimos firmas, creamos una demanda al estado para solicitar los condones femeninos, la presentamos en el Ministerio, se armó un comité de expertos y ellos mismos levantaron evidencias donde se mostraba mucho más favorable el condón femenino que el masculino, pero aún así no hubo una voluntad política de quererlo incorporar”, afirma la activista.

Las autoridades, por años, han intentado bajarle el perfil al aumento de casos de VIH que ha habido en Chile, sin embargo, hay una serie de razones para creer que no se ha hecho lo suficiente para disminuir las tasas de contagio. El auge es real y no se tomaron las medidas necesarias para evitar que las personas se cuidaran de las infecciones de transmisión sexual, como el VIH/SIDA. Hay una desinformación generalizada sobre esta enfermedad provocada por la falta de educación sexual, las campañas de prevención y el estigma que conlleva el virus de inmunodeficiencia humana. No obstante, a corto plazo, no se ven cambios en estos temas para mejorar los índices de la enfermedad en el país.

6) Profilaxis Pre Exposición (PrEP) y Profilaxis postexposición: la promesa incumplida

En Chile no es masivo el uso ni está garantizada por el sistema de salud público la administración de de profilaxis preexposición (PrEP) ni profilaxis postexposición, ambos mecanismos utilizados para disminuir y evitar el riesgo de contagio de VIH. Tal como lo anuncia su nombre, el PrEP consiste en el consumo de un medicamento que disminuye en un 90% el riesgo de contraer VIH a través de relaciones sexuales, siempre y cuando su consumo sea diario. Su uso está recomendado a personas que se exponen al contagio de VIH.

Por otra parte, el tratamiento de Profilaxis post exposición no es preventivo, como el PrEP, sino que se suministra después de que la persona estuvo expuesta a contraer el virus. Se recomienda que este tratamiento se suministre lo más pronto posible después de ocurrida la situación de riesgo, con un máximo de 72 hrs de diferencia.

En Chile, el diálogo sobre ambos tratamientos es inexistente. El PrEP, según un informe del ISP de enero del 2018, “es una estrategia de prevención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) la cual consiste en la administración de 2 antiretrovirales co-formulados en un comprimido de toma diaria, en individuos VIH (-) que presentan un alto riesgo de adquirir la infección”. Su uso está recomendado por la OMS y ONUSIDA y, actualmente, se emplea en países como Brasil, Estados Unidos, Canadá, Australia, Perú, Francia y Noruega.

Según el documento señalado anteriormente, en Chile “se han aprobado dos registros sanitarios para la asociación emtricitabina/tenofovir disoproxil difumarato, que contemplan su utilización como terapia PrEP”. En nuestro país, la población objetivo son los hombres que tienen sexo con hombres, trans-femeninas y las parejas serodiscordantes.

No hay una promoción de la terapia PrEP en Chile, así como tampoco de la Profilaxis post exposición. El uso de esta última está más bien orientado a los equipos de salud, especialmente cuando tienen accidentes que los exponen a contraer el virus en su lugar de trabajo. Se utiliza, por ejemplo, cuando personal médico se hace heridas cortopunzantes o está expuestos a material no esterilizado que tuvo contacto con sangre VIH+.

Como ambas no son terapias ampliamente conocidas en nuestro país, no se han masificado lo suficiente para que tengan un real un impacto en la disminución de contagios a nivel nacional. Además, ambas son difíciles de conseguir debido a los altos costos con que se comercializan: en farmacias nacionales pueden llegar a costar sobre los \$400.000. También se venden a través del mercado negro y plataformas *online*, complejizando su distribución.

A pesar de no ser 100% efectivo, el PrEP ayuda a la prevención del contagio del VIH. La falta de información sobre la terapia, la poca masificación y los altos costos en el mercado farmacéutico han perjudicado a las personas con mayor exposición al contagio, debido a lo complejo que es acceder esta alternativa de prevención que podría llegar a incidir en la detención del incremento de las tasas de VIH.

Durante junio del 2018, el Ministerio de Salud prometió la distribución gratuita de la pastilla a los grupos de riesgo en un rango de uno o dos meses, sin embargo, a la fecha (diciembre de 2018) aún no se ha concretado esta acción.

LOS JÓVENES Y EL VIH/SIDA

El Flaco

Lo llaman “el Flaco” por su contextura evidentemente delgada, que poco y nada ha cambiado a lo largo de su juventud. Actualmente su tiempo se divide entre el trabajo y su arte, sin embargo, no puede evitar tener una serie de batallas internas respecto de quien es, quien quiere ser y quien será en el futuro, que le consumen gran parte de su tiempo libre y hacen que cada cierto tiempo se replantee la forma en la que está viviendo.

E.M -cuyo nombre real quiso mantener en reserva- es un joven de 19 años, normal, aunque quizás “alternativo” si lo miramos con los ojos de la sociedad actual. Sus amigos le dicen “el Flaco”, aunque quien realmente le dio ese apodo fue la mamá de una de sus amigas, que lo llamaba de esa forma cada vez que lo veía de visita en su casa.

E. M. llevaba dos meses cursando cuarto medio cuando comenzó a notar que algo no andaba bien con su cuerpo. Fue entonces cuando se presentaron los primeros síntomas: Se enfermó muy severamente, y la fiebre que lo invadía casi no le daba tregua. Estaba decaído y descompensado, sin ganas de nada. “Se volvió preocupante cuando me empezaron a salir manchitas rojas en la piel”, confiesa, que comenzaron en la cabeza y fueron bajando paulatinamente a los pies, hasta desaparecer por completo.

Nunca pensó en un primer momento que aquellos extraños síntomas podían ser resultado de una infección de transmisión sexual, sino que lo asoció inmediatamente a alergia por manipulación de dinero, cosa que tenía que hacer a diario en su trabajo. Solicitó hora para una consulta médica, sin sospechar que en ella se haría consciente de que detrás había una causa muy diferente: “Cuando me enteré, en ese momento, fue como un golpe. Me hice primero exámenes de todas las enfermedades de transmisión sexual, en donde no estaba incluido el VIH. Y resulta que después, cuando salieron los resultados no era ninguna de las enfermedades de las que me hice el examen. Entonces la doctora dedujo que lo más probable es que sea VIH+, porque el virus de inmunodeficiencia humana cuando se presenta lo hace como cualquier otra enfermedad. Me hice el primer examen y salió positivo”. Luego se hizo

el segundo examen gratuito, donde tuvo que firmar un documento para el Ministerio de Salud, y luego otro en donde certificó que tenía la enfermedad.

El primer documento al que hace referencia el joven maipucino es un consentimiento para la realización del examen, estipulado en el Artículo 6 del Reglamento del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana: “En forma previa a la toma de la muestra, debe dejarse constancia del consentimiento prestado para que se lleve a cabo el examen de detección de VIH, en un documento firmado por la persona a la que se le efectuará o de su representante legal. Dicho documento debe guardarse junto a la copia del resultado del examen con la ficha clínica del afectado”.

En Integramédica se hizo los primeros exámenes y luego lo derivaron al Hospital San Borja Arriarán, donde actualmente funciona la Fundación Arriarán, dedicada especialmente al tratamiento y apoyo especializado hacia personas viviendo con VIH. Solo su madre sabía que se haría el examen, por ende, era la única persona que -además de él- estaba consciente de que había posibilidades de que saliera positivo.

Ese día volvía a su casa en un bus del Transantiago, llamó a su mamá por teléfono para darle la noticia: había sido notificado como VIH positivo. Ella le respondió: “¿y qué viene ahora?”, a lo que él le contó que debía iniciar el tratamiento indicado por los médicos, ya que cumplía con la carga viral exigida por el Minsal para acceder a tratamiento AUGE.

Cabe destacar que en el momento en que lo notificaron con VIH, no era universal el acceso al tratamiento antirretroviral garantizado por el plan AUGE. Según la Guía Clínica AUGE del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA vigente entonces, sólo los pacientes que cuenten con un recuento de linfocitos CD4 mayor a 350 células/mm³. podían acceder al tratamiento antirretroviral y consejería para la adherencia y prevención secundaria. Aquellos que, aun siendo diagnosticados VIH, pero teniendo una carga viral menor a la exigida, no pueden acceder a estas prestaciones del Plan AUGE (a menos que se les hayan presentado enfermedades oportunistas), quedando abierta la posibilidad a que sigan contagiando el virus.

Según la Organización Mundial de la Salud, lo recomendable es comenzar el tratamiento antirretroviral apenas se detecta el virus en una persona, independientemente de su carga viral, sin embargo, Chile hasta el segundo semestre de 2017 estaba lejano a cumplir con dicha recomendación dentro de la región. Así lo detalló el informe “Ending AIDS, Progress towards the 90-90-90 targets” de ONUSIDA, donde queda en evidencia que Chile es el país que inicia el tratamiento antirretroviral más tardíamente dentro de Latinoamérica, cuando la enfermedad está considerablemente avanzada y por ende su control es más complejo.

Cuando el muchacho llegó a la casa, su madre hizo solo dos preguntas: nuevamente le consultó si era realmente positivo, y que tenía pensando hacer. Sin embargo, en ningún momento le preguntó quién lo había contagiado, menos cómo. En su familia, tal como en la mayoría de las familias chilenas, no se habla de sexualidad, hasta el día de hoy. Es un tema tabú.

Transcurrida la primera semana desde que se enteró, El Flaco sintió alivio. Le gustaba saber qué era lo que tenía, no quería estar en la incertidumbre. “En parte fue un alivio, pero no dejó de ser chocante”, reconoce. Los doctores le dijeron que no fumara, que su metabolismo tuviera un horario, que no bebiera alcohol. Tras estas recomendaciones comenzó a beber jugo de naranja, y según él mismo recuerda, se puso más “fitness”, aunque le duró poco tiempo ese cambio de hábito.

Las cosas durante ese tiempo iban bien, sin embargo, comenzó a vivir en carne propia el estigma social que aún significa el vivir con VIH con tan solo 19 años de edad. Como se enteró de su condición serológica estando en su último año de colegio, faltó más de lo normal a clases, ya que debía hacerse una serie de controles y exámenes médicos. Un día lo abordó el inspector general del colegio, y le preguntó directamente por qué estaba faltando tanto a clases en un tono cómplice, como si supiera el motivo. El Flaco quedó extrañado, ya que solo le había contado a su profesora de historia y a la directora, recibiendo apoyo de parte de ambas. De sus compañeros solo sabía una de sus amigas.

“Como él me preguntó (el inspector), yo le respondí, porque no tenía problema”, dice. Sin embargo, a los días vivió una situación totalmente desagradable y fuera de lugar. “Mi

profesora jefe un día me pidió que me quedara después de clases y me dijo que en el consejo habían discutido mi condición”. El Flaco sacó por conclusión que el inspector había divulgado la información. Se sintió vulnerado en ese momento.

Las cifras en los jóvenes

Los jóvenes entre 15 y 29 años son el rango etario que ha experimentado un mayor aumento en los casos de contagio de VIH durante los últimos años. Hay un aumento del 125% del VIH en jóvenes entre 14 y 29 años al 2016, según un estudio realizado por la Universidad de Chile en conjunto con el doctor Carlos Beltran y Alejandro Afani, ambos infectólogos de la Corporación SIDA Chile.

En “Resultados confirmación de infección por VIH en Chile, 2010 - 2015”, publicado por el ISP en noviembre del 2016, se puede constatar que en los jóvenes entre 20 y 29 años es donde más se ha acrecentado la cantidad de confirmaciones de VIH/SIDA en los últimos años. Entre el 2010 y el 2015, la tasa de ese grupo etario aumentó en un 42%. Fue una gran alza tomando en cuenta que la cantidad de jóvenes diagnosticados casi se duplicó en sólo cinco años.

Tabla 4: Casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive) y tasas*, por grupo etario y año. Chile, 2010-2015.

Grupo etario	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
13 - 19	135	6,8	158	8,1	165	8,6	181	9,6	168	9,1	178	9,8
20 - 29	1.197	42,7	1.155	40,4	1.361	46,9	1.624	55,3	1.663	56,3	1.824	61,6
30 - 39	786	31,9	873	35,3	921	36,9	1.096	43,4	1.100	43,0	1.142	43,9
40 - 49	532	21,3	580	23,2	573	22,9	658	26,2	651	26,0	653	26,1
50 - 59	237	12,3	258	12,9	258	12,5	313	14,6	330	14,9	349	15,4
60 - 69	59	4,9	87	6,9	79	6,0	101	7,4	119	8,4	118	8,1
≥ 70	22	2,2	28	2,7	32	3,0	31	2,8	34	2,9	27	2,2
Total	2.968	21,4	3.139	22,3	3.389	23,7	4.004	27,7	4.065	27,7	4.291	28,9

*Tasas por 100.000 habtes. en base a Proyección de Población para ≥ 13 años INE , 2016.

Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.

Según las cifras del Ministerio de Salud, en los jóvenes desde los 15 años se ha incrementado mayoritariamente las tasas de contagio del VIH/SIDA. En el grupo que va de los 15 a los 19 años desde el 2012 hasta el 2016 la tasa aumentó de 6,5 infectados cada cien mil habitantes a 9,1. Es decir, aumentó el 40% en sólo cuatro años.

La situación se pone peor en los jóvenes entre 25 y 29 años. Del 2012 al 2016 el número de casos ascendió al 45%. Pasó de 433 a 681 contagiados, llegando a una tasa del 44,9 en el 2016.

Tabla 2: Casos y tasas de notificaciones por VIH según grupos de quinquenales de edad. Chile 2012-2016*

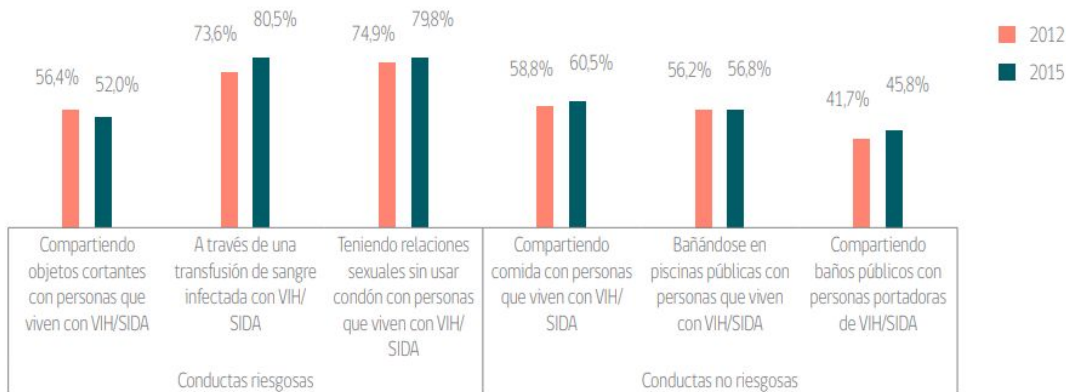
Grupos de edad	2012		2013		2014		2015		2016	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
00 - 04 años	2	0,2	3	0,2	4	0,3	10	0,8	4	0,3
05 - 09 años	4	0,3	1	0,1	0	0,0	3	0,2	2	0,2
10 - 14 años	1	0,1	1	0,1	3	0,2	1	0,1	3	0,3
15 - 19 años	91	6,5	106	7,7	96	7,1	100	7,6	118	9,1
20 - 24 años	469	31,4	533	35,7	540	36,5	562	38,5	535	37,2
25 - 29 años	433	30,8	508	35,2	565	38,4	572	38,2	681	44,9
30 - 34 años	439	34,9	428	33,3	440	33,3	443	32,6	512	36,6
35 - 39 años	282	22,8	259	20,9	301	24,3	326	26,2	342	27,2
40 - 44 años	219	17,5	241	19,3	260	20,9	252	20,3	248	19,9
45 - 49 años	215	17,1	210	16,6	230	18,2	213	16,9	183	14,6
50 - 54 años	129	11,3	124	10,5	147	12,2	134	11,0	140	11,3
55 - 59 años	84	9,1	80	8,3	67	6,6	95	9,0	95	8,7
60 - 64 años	36	4,9	41	5,4	53	6,7	50	6,1	57	6,6
65 - 69 años	18	3,1	22	3,7	23	3,7	23	3,6	23	3,5
70 - 74 años	13	3,0	9	2,0	11	2,4	11	2,3	10	2,0
75 - 79 años	3	1,0	3	0,9	6	1,8	9	2,6	4	1,1
80 y más años	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,2
Chile	2439	14,0	2570	14,6	2747	15,4	2805	15,6	2958	16,3

(*) 2016, datos provisorios. Tasas por cien mil hab. (Año 2012 y 2013 2 casos sin edad)

Fuente: Base de datos ENO.DEIS. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

El siguiente gráfico demuestra la desinformación que tienen los jóvenes a la hora de enfrentarse a la sexualidad. No deja de ser preocupante que más de la mitad de los jóvenes consultados piense que compartiendo un baño con una persona que vive con VIH se va a contagiar el virus, o que un poco menos de la mitad piense que compartiendo una piscina pública puede contagiarse.

Gráfico N°4.11 Porcentaje de jóvenes que reconoce correctamente las conductas riesgosas y no riesgosas de transmisión del VIH según año. Total muestra.



n=8.352 (2012), n= 9.393 (2015)

P132. Indica si tú crees que el VIH/SIDA se puede transmitir con cada una de las siguientes prácticas.

Fuente: Encuesta Nacional de Juventud 2012 y 2015, INJUV.

¿Qué pasa con los jóvenes?

Víctor Hugo Robles, más conocido como “El Ché de los gays”, es activista por la diversidad sexual y autor del libro “SIDA en Chile: historias fragmentadas”. Para “El Ché” el aumento de los contagios en los jóvenes se debe principalmente al inicio de la sexualidad cada vez más temprana, al relajamiento de las conductas sexuales y a la sensación de que la enfermedad estaba controlada luego de que aparecieron las terapias, pero, ¿cuál es el trasfondo de esta alza?

Cambio en las conductas de riesgo

Los jóvenes, según los especialistas, están cambiando su comportamiento sexual respecto a las generaciones anteriores. Las conductas de riesgo en los jóvenes con vida sexual activa son más comunes, naturalizadas, y por ende, tienen mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) en general, no tan solo VIH/SIDA.

“Los jóvenes cambiaron su comportamiento sexual, eso está evaluado. Ahora, la actividad sexual pasó a ser parte de la entretención, del carrete, con inicio más temprano de la actividad sexual y muchas más parejas sexuales, con encuentros sexuales colectivos, con uso de alcohol y drogas durante los encuentros sexuales, con encuentros casuales por internet, lo que

significa, en resumen, que los jóvenes están adoptando muchas más conductas de sexo no seguro”, sostiene el doctor Carlos Beltrán, presidente de la Corporación SIDA Chile.

Sin ir más lejos, El Flaco se contagió de VIH en un carrete, con una persona que no conocía.

La doctora Cecilia Sepúlveda coincide en que han cambiado las prácticas sexuales, especialmente entre la gente joven. “Hoy día no es rara la experimentación sexual entre hombres jóvenes, que en definitiva el resto de su vida no van a tener esa práctica, pero es muy común”, afirma. Además, hace referencia a otras prácticas sexuales como la denominada “ruleta rusa”, juego en el supuestamente jóvenes con VIH y otros que no están contagiados tienen relaciones sexuales al azar, exponiéndose a adquirir la infección.

El reportaje titulado “No le tengo miedo al SIDA” publicado por la Revista Paula el 17 de noviembre de 2016 hace alusión a este juego citado por la profesora de la Universidad de Chile. Scarleth Fernández, activista trans del Centro por el Desarrollo Integral de la salud y la educación sexual (CDICES) de Arica describió en dicho artículo esta práctica sexual: “Es un grupo de jóvenes que deciden juntarse en una casa y solo uno de ellos está notificado como portador del virus. Todos tienen esta información, pero no saben quién de ellos tiene VIH. Ese día todos tienen relaciones con todos”, señaló en aquella oportunidad.

“Donde yo siento que si se culpabiliza muchas veces es en los medios de comunicación. Hubo un reportaje en la Revista Paula donde se hablaba del VIH en jóvenes y tenía una parada super culpabilizadora. En salud no es así, por suerte. Pero sí desde los medios de comunicación”, afirma Magdalena Rivera, médico experta en sexualidad y directora de la Escuela Trans Disciplinaria de Sexualidad, en referencia al reportaje mencionado.

La doctora y matrona de la UFRO, Valeria Stuardo, es enfática en que la responsabilidad no puede estar dirigida únicamente a los jóvenes, ya que estos cambios en la conducta sexual responden a procesos naturales. “La sexualidad actualmente se vive de otra manera. Yo no quisiera transferir la responsabilidad solamente a los jóvenes, porque no se cuidan. Yo creo que el Estado tiene que hacerse cargo de esos jóvenes, que son el futuro que tiene este país.

De la sexualidad por supuesto que tienes que hacerte cargo, pero tienes que entender los procesos”, señala.

Además, “la categoría hombre/mujer/, homosexual/heterosexual ya no existe. Puedes tener múltiples gustos sexuales, puedes sentirte mujer trans, lo que quieras... Tienes que darle espacio a los jóvenes”, continúa la doctora Stuardo, recalcando la importancia de no cohartar las prácticas que los jóvenes ya están viviendo, y que probablemente continuarán, sino que enfatizando la importancia de informar y educar sobre el uso del condón y su importancia para no solo prevenir embarazos no deseados, sino que también enfermedades de transmisión sexual. “Ya a los 16 años viven libremente el sexo. Abren su mente y son capaces de tener relaciones con personas de cualquier orientación sexual. No importa el género, ya no existe sexualidad rígida. El problema es que no se cuidan y la adherencia al condón depende mucho del nivel socio-económico”, comentó Scarleth para la Revista Paula.

Sobre la percepción de riesgo que tienen los jóvenes en la actualidad, agrega la doctora Sepúlveda: “Ha disminuido la percepción de riesgo y la ausencia de campañas de prevención y de educación sobre una sexualidad sana no ayuda a mejorar esta situación”.

El Flaco nunca tuvo educación sexual integral en durante su período estudiantil, y cuando se intentaba introducir el tema (desde una mirada heterosexual, únicamente) sus compañeros se reían y nunca le tomaron la verdadera importancia.

Las conductas sexuales de riesgo se relacionan directamente con el escaso uso de condón en los jóvenes. Las campañas, por lo general, no ponen énfasis en el uso de preservativo, y los medios de comunicación, como sucedió con el reportaje de Revista Paula, tampoco. “Los jóvenes, con las conductas que tienen hoy en día no tienen conciencia del riesgo, y ha disminuido el uso del preservativo. Siempre se focalizaron las campañas en el uso del condón, pero para una persona hétero o mayor de 50 años. ¿Cuál es la conducta de riesgo? Es tener vida sexual. El mensaje fue muy equivocado, e hizo que el crecimiento en jóvenes sea exponencial entre los 19 y 20 años”, comenta la infectóloga Carolina Chahín.

Los jóvenes se inician cada vez más tempranamente en la vida sexual. Según la Encuesta Nacional de la Juventud del 2015, actualmente se están iniciando sexualmente a los 16,6 años.

De acuerdo al sondeo, el 70,9% de los jóvenes asegura haber utilizado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, y el 59,9% declaró haber usado condón o preservativo. En cuanto a la última relación sexual, en el 2015 el 48,7% de los jóvenes afirmó que había utilizado condón o preservativo, mientras que en el 2012 esta cifra llegaba al 40,4%. De los jóvenes que aseguraron usar condón, el 64,3% sostuvo que fue para prevenir el VIH/SIDA.

Menos de la mitad de los jóvenes afirma haber usado condón en su última relación sexual. Esta cifra indica la baja adhesión a la utilización de preservativo. El poco cuidado al tener relaciones sexuales más las conductas de riesgo expuestas por los especialistas son un factor importante que ha afectado la salud sexual de los jóvenes, según indican los profesionales.

En el caso de el Flaco, él conoció a la persona que cree que lo contagió en un “carrete”, y ese mismo día tuvieron relaciones sexuales sin protección. Después de eso, nunca le volvió a hablar. Luego de juntarse con él, a la mañana siguiente, recuerda que se sintió mal. Le preguntó a la doctora si sus síntomas estaban asociados a la enfermedad y ella le dijo que sí, que se podía manifestar como un resfriado o un dolor de estómago. Él empezó a sentir malestares en el mismo momento.

¿Los jóvenes le han perdido el temor a la enfermedad?

Otra de las razones a la que se le atribuye el aumento de casos de VIH en los jóvenes, es el “relajo” a adquirir el virus, ya que esta enfermedad de transmisión sexual pasó de ser una enfermedad mortal a una enfermedad crónica con la que se puede vivir. No tiene cura, pero sí tratamiento. “En los jóvenes yo creo que ha influido mucho -y eso no es privativo de Chile- el que al haber tratamientos eficaces las personas puedan pensar que ya no se van a morir. Efectivamente con el tratamiento se ha transformado en una infección crónica. Es un poco perderle el miedo, yo creo que eso influye entre la gente joven”, expone la doctora Sepúlveda.

El doctor Carlos Pérez, inmunólogo de la Red de Salud UC Christus, asegura que éste es el grupo que siempre ha sido más vulnerable a contraer el VIH, debido a una pérdida del “miedo” a contagiarse. “En el último tiempo también hay cierta relajación en el sentido de que se le ha perdido un poco el “temor” a esta infección. Es una enfermedad que ahora tiene tratamiento, no es curativo, pero permite mantener a las personas y, además, está cubierto por el Plan AUGE. Entonces, se le ha perdido un poco el “temor” que se le tenía anteriormente y eso ha favorecido al aumento de los contagios junto con otras Enfermedades de Transmisión Sexual que también han aumentado considerablemente”, indica.

Magdalena Rivera dice que el VIH pasó de ser una enfermedad mortal a convertirse en una enfermedad crónica, que es tratable, pero que no cree que el el miedo sea el factor más relevante, sobre todo en los jóvenes que suelen tener conductas de riesgo. “El problema es que no hay buenas políticas de educación sexual y prevención. No creo que la solución sea temerle al VIH. Por supuesto que es mucho mejor estar sano y darle el peso suficiente. Si bien es una enfermedad que no te va a matar, que puedes vivir bien, tampoco es tan fácil estar con controles, tomar medicamentos todos los días. Es mucho mejor estar sano. Se puede vivir bien”.

No obstante, la baja de perfil no viene solo de parte de los jóvenes. El día que a El Flaco lo notificó una doctora del servicio de salud público como VIH positivo le dijo: “No es tan terrible. Es peor tener diabetes”.

Poco acceso a exámenes

“También influye el que la posibilidad de hacerse un test de VIH no es tan sencilla o la gente no sabe cómo hacerlo, entonces si yo voy al consultorio a hacerme un examen de VIH es muy probable que no me lo hagan de inmediato y tenga que volver, y a la persona más joven le da lata volver. Hay barreras para el acceso a hacerse el examen o el costo es una barrera”, sostiene la doctora Cecilia Sepúlveda.

Hay trabas para hacerse el examen del VIH. Hay poca información al respecto, no hay clarificación sobre el procedimiento que hay que hacer para realizar el Test de Elisa, piden firmas, subir plataformas, etc. “Lo único que hacen es obstaculizar el test para que lo gente no

se lo haga, entonces se aburren. Eso no debe ser, el test debería estar (como lo hacen todos los países desarrollados en crisis) disponible en la farmacia, para que tu lo compres a \$4500 y te lo hagas en tu casa”, argumenta la doctora Chahín.

La burocracia que implica realizarse el Test de Elisa en el sector público de la salud es un factor importante. Según el Manual de Procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH” del año 2011, “La detección de la infección por VIH se basa en exámenes sanguíneos estándar, como la prueba de anticuerpos para VIH, si estos resultan reactivos, el Instituto de Salud Pública realiza métodos diagnósticos suplementarios más específicos que permiten confirmar el diagnóstico serológico”. Esto quiere decir que las muestras sanguíneas van al ISP, donde están un par de semanas, hasta que pasado aproximadamente un mes del testeo, las personas tienen sus resultados disponibles. Además, el ISP centraliza todas las muestras de Chile, por lo que, en caso de que el virus siga aumentando exponencialmente como lo está haciendo hasta el momento, el Instituto no dará abasto y necesariamente se tendrá que optar por el test rápido, una prueba muy popular por los escasos cinco minutos que tarda en arrojar el resultado.

Los jóvenes menores de 14 años no pueden realizarse libremente ni de manera confidencial el examen de VIH, ya que deben asistir con su representante legal al centro de salud para realizarlo, constituyendo ésta una traba más que impide la detección temprana del virus en adolescentes. Según lo consigna el artículo 5° de la Ley 19.779: “El examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal, en el caso de que el interesado tenga menos de 14 años de edad”. En la práctica, es realmente extraño que un adolescente quiera compartir sus sospechas de adquisición de VIH con su representante legal, por ende, este artículo dificulta aún más el tamizaje temprano del virus en la población.

En lo que respecta a la confidencialidad, los jóvenes entre 14 y 18 años tampoco son totalmente resguardados por la Ley, muchos de ellos teniendo que esperar la mayoría de edad para hacerse el Test de Elisa, para, en caso de estar contagiados, mantenerlo en reserva. “Si el interesado tuviere una edad igual o superior a 14 años, pero menor a 18, de ser positivo el

resultado del examen, se deberá informar de este hecho a su representante legal. Un reglamento del Ministerio de Salud establecerá el procedimiento de información, así como el manejo adecuado para el control, apoyo y seguimiento del paciente”, continúa el Artículo 5° de la Ley que establece normas relativas al virus de la inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas, la llamada Ley del SIDA.

“Le han hecho daño a los jóvenes”

Sobre la sexualidad en la actualidad, El Flaco es crítico respecto al modelo de la industria, que explota el sexo de manera burda, según él, influenciando prácticas que facilitan el aumento de VIH. “Yo creo que influyen muchos factores en el aumento de contagios, y uno de ellos es la cultura popular actual, que está enfocada única y exclusivamente en la sexualidad. (...) Ese aumento se debe a la sobreexplotación de la sexualidad sin ningún sentido, y eso sin ninguna educación por detrás. Nadie te hace una canción de reguetón sobre que uses condón”, sostiene. Socialmente, está totalmente convencido de que el VIH sigue siendo un tema tabú en Chile. “En mi círculo no, pero generalizando como país, yo creo que sí. Chile es un país súper atrasado en varios sentido. El chileno promedio es como mi mamá, que quiere intentarlo pero nadie te da la libertad necesaria para poder hablarlo”, asegura.

El estigma asociado a la enfermedad, la poca educación, las trabas para conseguir preservativos, el poco acceso al testeo, las escasas campañas, la influencia de la Iglesia católica al momento de abordar los temas de sexualidad y la poca cobertura que tiene el VIH en los medios de comunicación ha ocasionado el alza en los casos de contagios de VIH, y los jóvenes han sido el grupo más afectado.

Se pensó que el VIH estaba controlado

Por años se pensó que la enfermedad estaba controlada, por lo que la palabra VIH o SIDA no formaba parte de las conversaciones de los jóvenes ni de la agenda pública. Las campañas duraban menos y tenían cada vez menos impacto. La enfermedad estaba tan estigmatizada, que incluso se le llegó a catalogar peyorativamente como la “Peste Rosa”, haciendo alusión a que la mayor parte de los contagiados eran hombres que tenían sexo con hombres. Hablar de

VIH era hablar de la enfermedad de los gays o de los “inmorales”. Este tipo de estigma y prejuicios que enfrenta el virus de inmunodeficiencia humana han sido perjudiciales para todas las personas, especialmente para los jóvenes, condenando a las personas viviendo con VIH a una muerte social, silenciosa, que hiera con cada insulto, discriminación y violencia ejercida no solo por el resto de las personas, sino que también a nivel institucional, incluso de las instituciones estatales como el servicio de salud o incluso la policía.

“Hay una negación y un no enfrentar como sociedad el problema del VIH, la hipocresía reina. Y ahí tienen la mezcla perfecta: no hay políticas públicas, hay una liberación de las conductas sexuales de riesgo y hay una negación por parte de la sociedad de abordar el problema. Y ahí están los resultados”, declara el doctor Beltrán.

Para Elayne Leyton, Presidenta de la Agrupación Regional de Personas Viviendo con VIH (ARPEVIH), los grupos religiosos, derechistas y tradicionales han influenciado negativamente en las políticas públicas de prevención y testeo del VIH, ya que históricamente se han opuesto a medidas como la entrega de condones en colegios o a la educación sexual en estos establecimientos desde edad temprana. “Los sectores conservadores y la Iglesia para mí son una mierda, perdonandome la expresión, pero no hay otra. Le han hecho puro daño a nuestros jóvenes al querer tapar el sol con un dedo. Si sabemos que nuestros jóvenes tienen relaciones, porque sabemos que son sexuados, hay que enseñarles a cuidar y respetar su cuerpo, usarlo como corresponde”, indica.

El estigma social que acarrea el VIH/SIDA ha tenido consecuencias en la educación que se les ha dado a los niños y adolescentes. Marcela Silva, activista y representante de ICW en Chile, reconoce que hay una falencia en la educación sexual más allá de la que se da en los establecimientos educacionales, “hablo de la educación desde la casa, y creo que ahí, nosotros como sociedad tenemos una falencia, porque no somos capaces de hablar de sexualidad con nuestros hijos. Tenemos una sociedad arribista, doble estándar, y por otro lado tenemos a nuestras autoridades, que tampoco se quieren hacer cargo ni quieren reconocer este aumento de VIH”, sostiene.

El Flaco sufrió las consecuencias de una educación sexual deficiente, en donde no se le da la importancia que se necesita para poder disminuir los casos de VIH en los jóvenes y la población general. En sus años de escolaridad en un liceo artístico de Maipú recuerda haber tenido educación sexual como parte del módulo de “Orientación”. Sin embargo, sus compañeros no se tomaban la clase muy en serio, ya que él considera que “eran mentalmente chicos”. No aprendió nada a causa de eso, pero asegura que sí hubo un mínimo esfuerzo por educarlo sobre estos temas.

Como no pudo adquirir herramientas en su establecimiento educacional, eran frecuentes las conversaciones sobre sexualidad entre sus amigos, todos jóvenes de entre 18 y 19 años. “Estamos viendo que ahora los jóvenes dentro de los movimientos por educación están tomando la educación sexual y temas de género. ¿Qué significa eso? Que ellos están aprendiendo mucho más con sus pares, formándose por otro lado y exigiéndolo, pero no siento que a nivel institucional sea tan grande el cambio”, señala la especialista en educación sexual Magdalena Rivera.

Diferencias sociales en los jóvenes

La desigualdad que afecta a niños y jóvenes se hace notar a edades tempranas, sobre todo en el acceso a la educación y a la salud. Dependiendo de la situación socioeconómica de los jóvenes, el autocuidado es distinto, según la información entregada por la Encuesta Nacional de la Juventud del 2015.

En la primera relación sexual, el 73,5% del nivel socioeconómico alto asegura haber utilizado algún método anticonceptivo, mientras que en el nivel socioeconómico más bajo esa cifra baja a 67,3%. Al ser consultados por el uso de preservativo en la última relación sexual, la brecha entre los niveles socioeconómicos se mantiene. El 42,5% del grupo socioeconómico alto afirma haber utilizado preservativo o condón, cuando los jóvenes del nivel socioeconómico bajo lo usan en un 38,3%.

En la edad del inicio sexual también hay una diferencia dependiendo de su situación socioeconómica. Los jóvenes de nivel socioeconómico alto inician su vida sexual en

promedio a los 17,11 años, mientras que el grupo socioeconómico más bajo se inicia sexualmente a los 16,38 años.

“En los adolescentes del mayor nivel socioeconómico hay menos embarazo adolescente y hay mayor uso de anticonceptivos, pero tiene que ver con más acceso a la información, acceso a salud, es más fácil comprar condones en la farmacia, no tienen que ir al consultorio. Tienen más proyectos de vida entonces hay más precaución con cuidarse”, asegura la doctora Magdalena Rivera.

LAS MUJERES TAMBIÉN TIENEN VIH

“La violencia contra la mujer es tanto una causa como una consecuencia de la infección del VIH. Las mujeres chilenas experimentan altos índices de violencia” (*“Dignidad negada: violaciones en los derechos de las mujeres VIH positivas en los establecimientos de salud chilenos”*, pp. 14, 2011)

Elayne

Elayne Leyton es una mujer antofagastina, presidenta de la Agrupación Regional de Personas viviendo con VIH (ARPEVIH). Fue notificada como VIH positivo a los 40 años, luego de que su pareja, un marino mercante que conoció en su ciudad, se enfermó gravemente de toxoplasmosis, una enfermedad oportunista de rápido avance en sistemas inmunes debilitados, que lo mantuvo nueve días en coma antes de fallecer. Sin embargo, la causa primaria de su deceso fue el VIH, que al no ser detectado ni tratado a tiempo, pasó a etapa SIDA.

“No habían tenido tiempo de notificarlo, porque le hicieron el Test de Elisa y en esos años era muy demoroso, entonces cuando él enfermó el doctor como que me dijo que yo tenía VIH, pero no me lo dijo, porque no podía notificarme sin el papel”, recuerda Elayne. “Cuando me notificaron no fue muy impactante, ya me lo imaginaba, porque primero se enfermó mi pareja y rápidamente falleció”, agrega la mujer antofagastina, que quedó viuda y se enteró que estaba viviendo con VIH en menos de diez días.

Fue entonces cuando se dio cuenta que no existía ninguna organización dedicada al apoyo de las personas viviendo con VIH en Antofagasta, ya que todas se concentraban en Santiago. “Dije, bueno, tengo todos estos recursos, tengo que aprovecharlos porque aquí nadie sabe nada del tema... hay que hablarlo, decirlo, y aprender, porque además uno iba a ver a los doctores y no tenían idea de lo que estaban hablando, así es que uno tenía que explicarle al doctor. Tuve que empezar a aprender y a hacer cosas”, y así nació ARPEVIH.

Es enfática corrigiendo a aquellos que hablan de “personas contagiadas con VIH”, prefiere usar el termino “viviendo con VIH”, y corrige esta terminología cada vez que tiene oportunidad de hacerlo. Es, definitivamente, una activista que cree en el cambio social y cultural que puede lograr el lenguaje, y no tiene miedo de sacar la voz para representar su lucha dentro de la región donde creció y se desarrolló.

Camina por las calles de Antofagasta a paso firme, consciente de que es muy conocida en la zona, y no solo por la incidencia que tiene junto a su agrupación. Su figura está íntimamente ligada con la lucha por la calidad de vida para las personas viviendo con VIH, y por lo mismo, muchas veces la discriminan, debido al estigma que sigue teniendo la enfermedad en la sociedad actual. “A veces la gente prefiere no hablar conmigo para que no la asocien al VIH”, comenta.

Recuerda que cuando se enteró de que estaba viviendo con VIH, en una primera instancia, le importó el “qué dirán”: “Uno ahí empieza a pensar, ¿por qué a mí, que va a decir la gente?, y después me puse a pensar ¿a quién le importa la gente? A mí no me importa la gente porque a mí no me da nada, si yo no trabajo, no como”, relata.

Actualmente trabaja codo a codo con todo tipo de personas viviendo con VIH dentro de su agrupación, sin embargo, es inevitable el establecimiento de un vínculo especial con las mujeres que llegan ahí, ya que suelen tener historias de vida muy parecidas. La mayoría de ellas son mujeres adultas, de entre 40 y 49 años en promedio, “dueñas de casa” que llegan en un estado de salud muy deteriorado a solicitar ayuda. Algunas incluso acuden a ARPEVIH cuando ya han quedado viudas, debido a que sus maridos fallecieron por enfermedades oportunistas relacionadas al SIDA, como sucedió con la pareja de Elayne.

La mayoría coincide en que sus esposos se contagiaron fuera de sus casas, luego de practicar sexo sin protección con personas pertenecientes a grupos de riesgo, en su mayoría hombres homosexuales y de manera extramarital.

El aumento del VIH en las mujeres

Así como los casos de VIH/SIDA han aumentado mayoritariamente en jóvenes, los casos de mujeres también han experimentado un alza significativa desde la primera mujer notificada en el país, en 1985.

Ellas se contagian en menor porcentaje que los hombres, sin embargo, también están altamente expuestas a contraer el virus debido a que prácticamente no hay pesquisa, especialmente en las mujeres en edad reproductiva que no se han controlado por embarazo en los Servicios de Salud y en las mujeres mayores de 40 años. Los esfuerzos se han concentrado principalmente en el control prenatal: “La mayoría de las infecciones por VIH en las mujeres en edad reproductiva se diagnostican asociada con el control del embarazo, el parto y la lactancia”, señala el “Protocolo de atención integral en salud sexual y reproductiva a mujeres viviendo con VIH”, del 2011.

En 2010 la cantidad de nuevas mujeres notificadas llegó a 296, mientras que para el 2011 -solo un año más tarde-, esta cifra aumentó a 408, es decir, un 37% más. Mientras tanto, la tasa entre 2010 y 2016 se acrecentó de 3,4 a 4,4 casos por cada cien mil habitantes, o sea, tuvo un incremento de 29,4%. El *peak* de las tasas más altas se dio en 2013 y 2014, con un 4,8.

Tabla 1: Tasas de notificación de VIH y Sida según sexo. Chile 1984-2016*

Año	Sida						VIH						VIH/Sida					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1984	6	0,1	0	0,0	6	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,0	0	0,0	6	0,1
1985	9	0,2	1	0,0	10	0,1	1	0,0	0	0,0	1	0,0	10	0,2	1	0,0	11	0,1
1986	19	0,3	1	0,0	20	0,2	6	0,1	0	0,0	6	0,0	25	0,4	1	0,0	26	0,2
1987	50	0,8	1	0,0	51	0,4	22	0,4	3	0,0	25	0,2	72	1,2	4	0,1	76	0,6
1988	73	1,2	15	0,2	88	0,7	31	0,5	9	0,1	40	0,3	104	1,7	24	0,4	128	1,0
1989	128	2,0	11	0,2	139	1,1	64	1,0	7	0,1	71	0,5	192	3,0	18	0,3	210	1,6
1990	238	3,7	13	0,2	251	1,9	95	1,5	14	0,2	109	0,8	333	5,1	27	0,4	360	2,7
1991	310	4,7	36	0,5	346	2,6	157	2,4	23	0,3	180	1,3	467	7,0	59	0,9	526	3,9
1992	328	4,9	35	0,5	363	2,7	166	2,5	26	0,4	192	1,4	494	7,3	61	0,9	555	4,1
1993	326	4,7	33	0,5	359	2,6	210	3,1	31	0,4	241	1,7	536	7,8	64	0,9	600	4,3
1994	366	5,2	45	0,6	411	2,9	207	3,0	41	0,6	248	1,8	573	8,2	86	1,2	659	4,7
1995	370	5,2	40	0,5	410	2,8	261	3,7	43	0,6	304	2,1	631	8,9	83	1,1	714	5,0
1996	404	5,6	68	0,9	472	3,2	347	4,8	87	1,2	434	3,0	751	10,4	155	2,1	906	6,2
1997	412	5,6	46	0,6	458	3,1	392	5,4	92	1,2	484	3,3	804	11,0	138	1,8	942	6,4
1998	418	5,6	59	0,8	477	3,2	429	5,8	99	1,3	528	3,5	847	11,4	158	2,1	1005	6,7
1999	447	5,9	80	1,0	527	3,5	510	6,8	117	1,5	627	4,1	957	12,7	197	2,6	1154	7,6
2000	438	5,7	68	0,9	506	3,3	562	7,4	135	1,7	697	4,5	1000	13,1	203	2,6	1203	7,8
2001	466	6,0	60	0,8	526	3,4	557	7,2	141	1,8	698	4,5	1023	13,3	201	2,6	1224	7,9
2002	466	6,0	58	0,7	524	3,3	713	9,2	171	2,2	884	5,6	1179	15,2	229	2,9	1408	9,0
2003	473	6,0	65	0,8	538	3,4	765	9,8	175	2,2	940	5,9	1238	15,8	240	3,0	1478	9,3
2004	458	5,8	59	0,7	517	3,2	706	8,9	174	2,2	880	5,5	1164	14,7	233	2,9	1397	8,7
2005	405	5,1	84	1,0	489	3,0	702	8,8	169	2,1	871	5,4	1107	13,8	253	3,1	1360	8,4
2006	360	4,5	56	0,7	416	2,5	560	6,9	207	2,5	767	4,7	920	11,4	263	3,2	1183	7,2
2007	501	6,1	102	1,2	603	3,7	546	6,7	164	2,0	710	4,3	1047	12,8	266	3,2	1313	8,0
2008	582	7,0	120	1,4	702	4,2	667	8,1	184	2,2	851	5,1	1249	15,1	304	3,6	1553	9,3
2009	757	9,1	111	1,3	868	5,1	1010	12,1	227	2,7	1237	7,3	1767	21,1	338	4,0	2105	12,5
2010	595	7,0	104	1,2	699	4,1	853	10,1	192	2,2	1045	6,1	1448	17,1	296	3,4	1744	10,2
2011	875	10,2	150	1,7	1025	5,9	1392	16,3	258	3,0	1650	9,6	2267	26,5	408	4,7	2675	15,5
2012	796	9,2	138	1,6	934	5,4	1243	14,4	264	3,0	1507	8,6	2039	23,6	402	4,6	2441	14,0
2013	827	9,5	148	1,7	975	5,5	1322	15,1	275	3,1	1597	9,1	2149	24,6	423	4,8	2572	14,6
2014	856	9,7	162	1,8	1018	5,7	1461	16,6	268	3,0	1729	9,7	2317	26,3	430	4,8	2747	15,4
2015*	904	10,1	162	1,8	1066	5,9	1487	16,7	252	2,8	1739	9,7	2391	26,8	414	4,6	2805	15,6
2016*	949	10,5	148	1,6	1097	6,0	1601	17,8	260	2,8	1861	10,2	2550	28,3	408	4,4	2958	16,3
Total	14.612		2.279		16.891		19.045		4.108		23.153		33.657		6.387		40.044	

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

Tasa por cien mil hab. Información actualizada al 06/09/2017

*Datos en validación

Las mujeres que se contagian

Históricamente, el VIH/SIDA se ha considerado una enfermedad de hombres, específicamente, hombres que tienen sexo con hombres. Al menos así se representa el VIH en las campañas de VIH/SIDA del Minsal, ya que, por lo general, van dirigidas a los hombres homosexuales, olvidándose muchas veces que las mujeres también están expuestas al contagio. Este hecho ha traído consecuencias que se están haciendo notar en el aumento de casos de mujeres que han contraído el virus en los últimos años, especialmente el rango de los 40 y 49 años. “La razón hombre/mujer está disminuyendo. Cada vez hay más mujeres que se enferman, lo que también es preocupante”, afirma la doctora Valeria Stuardo. Pero, ¿a qué se debe este aumento de casos en este grupo etario, y en las mujeres en general?

No se usa condón masculino

Una de las razones que, según los especialistas, podría contribuir al aumento de mujeres contagiadas con VIH después de los 40 años es la despreocupación por el embarazo, ya que muchas se encuentran en la antesala de la menopausia, por ende, descuidan el uso de preservativo masculino. La doctora Patricia Vásquez, infectóloga y jefa del Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios señala que, en general, las mujeres entre 40 y 49 años están en otra etapa de la vida, en donde ya se han casado, divorciado, pueden estar en una segunda relación y con hijos mayores, por lo que el uso del condón no es prioridad. “Muchas pueden estar en período perimenopáusico, entonces no necesitan condón por el embarazo y tienen cero cuidado de preservativo, por lo tanto no es un tema”, sostiene.

El doctor Carlos Pérez, inmunólogo de la Universidad Católica, coincide con la doctora Vásquez en el descuido del uso del preservativo en las mujeres que ya no están en etapa fértil. “Muchas personas, especialmente mujeres más cercanas a la menopausia, han considerado siempre que el uso del preservativo -y los hombres también-, tienen la finalidad de evitar el embarazo. Entonces, como se pierde la situación en ese momento, no tienen conciencia de que ellos además podrían adquirir enfermedades de transmisión sexual. Muchas personas mayores tienen relaciones sexuales sin uso de preservativo, porque lo han considerado históricamente como método anticonceptivo solamente”, detalla el doctor Pérez.

La educadora sexual, Magdalena Rivera, sostiene que además de que las mujeres mayores ya no tienen riesgo de embarazo después de que les llega la menopausia, puede existir un miedo y desconocimiento de su parte a la hora de pedir exámenes a las parejas estables, ya que es común que los hombres interpreten esto como falta de confianza. “No usar condones es visto como un ‘acto de confianza, de entrega y de amor a la pareja’, mientras que los intentos de introducir los preservativos en relaciones de pareja estables implican desconfianza o infidelidad”, fue la conclusión que recogió el estudio “Dignidad negada: violaciones en los derechos de las mujeres VIH positivas en los establecimientos de salud chilenos” de Vivo Positivo y Centro de derechos reproductivos.

Por otro lado, las mujeres tienen una susceptibilidad biológica, “porque las mujeres con la edad pueden desarrollar más sequedad vaginal, pueden tener más heridas, entonces es más fácil el contagio de VIH, sobre todo si no se usa lubricante o si no se sabe mucho manejar esa parte”, sostiene la sexóloga clínica Magdalena Rivera.

La violencia sexual que viven las mujeres de todas las edades y el sexo no consensuado también constituye un factor de riesgo para la transmisión de VIH, según el estudio “Dignidad negada: violaciones en los derechos de las mujeres VIH positivas en los establecimientos de salud chilenos”, realizado por Vivo Positivo y Centro de derechos reproductivos en 2011:

“La violación y otras formas de violencia sexual aumentan en gran medida el riesgo de infección de una mujer, tanto porque las mujeres no tienen la posibilidad de negociar el uso del condón para protegerse de la transmisión del VIH, como porque el trauma físico de una relación sexual forzada puede provocar un aumento de los desgarros o abrasiones por donde el virus puede entrar al torrente sanguíneo. El temor a la violencia también puede impedir que las mujeres negocien el uso del condón en encuentros sexuales consensuados o que se hagan una prueba de VIH cuando creen que pueden haber estado expuestas al virus”.

Sumado a los factores expuestos, se agrega un fenómeno sociológico no menor, que aumenta las posibilidades de contagio a las mujeres: Los hombres en edad avanzada son más reacios al uso de preservativo. “Con hombres mayores hay más dificultad en la erección,

entonces aún es más complejo el uso de condón. Tenemos aparte el tema cultural de que los hombres mayores son mucho más reticentes a usar condón, porque no usaban condones. Es algo de ahora, y se casaron muchos pre era del VIH”, continúa Rivera.

Para Marcela Silva, representante chilena de ICW Latinoamérica, la poca voluntad de los hombres a usar condón es algo transgeneracional, es un problema social que le entrega a los hombres la facultad de elegir si usar o no preservativo. “La cultura chilena, en general, no tiene muy concientizado el uso del condón. Nosotras no sabemos negociar su uso con los hombres, y los hombres que según ellos pierden erección. Nosotras obviamente aceptamos tener relaciones sin preservativo”, sostiene la activista.

Según el “Estudio de Caracterización de mujeres recientemente diagnosticadas con VIH/SIDA de las regiones de Arica y Parinacota, y Metropolitana”, las cifras respecto al uso de preservativo son preocupantes en ambas regiones. En Arica y Parinacota, de las 32 mujeres encuestadas notificadas con VIH/SIDA, sólo el 3,1% aseguró que “siempre” había utilizado condón antes de conocer su condición de VIH+, mientras que el 68,8% nunca había utilizado preservativo.

Tabla N° 5.40: pII.10. Uso condón antes de conocer su condición VIH+

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	3,1%
A veces	9	28,1%
Nunca	22	68,8%
Total	32	100,0%

Análisis región de Arica y Parinacota

En la Región Metropolitana esta situación no es diferente. De las mujeres seropositivas encuestadas, sólo el 3% dijo que había utilizado condón antes de contraer el virus, mientras que el 66% reconoció nunca haberlo usado.

Tabla N° 6.48: pII.10. Uso condón antes de conocer su condición VIH+

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	3,0%
A veces	31	31,0%
Nunca	66	66,0%
Total	100	100,0%

Análisis región Metropolitana

Las contagian sus parejas estables en sus propias camas

“Las mujeres por lo general se contagian por una pareja estable. Tenemos una que otra trabajadora sexual, pero casi ninguna. La mayoría se contagia de parejas estables y en forma absolutamente ingenua, sin tener protección”, declara la infectóloga Patricia Vásquez a partir de los casos que ha podido constatar en el Hospital San Juan de Dios de Santiago.

De esta manera ocurren la mayoría de los contagios en mujeres entre 40 y 49 años. No son las trabajadoras sexuales las que tienen las mayores tasas de VIH, son las mujeres con pareja estable que no piden exámenes a sus parejas, no usan preservativo, se contagian en su propia casa y se informan tardíamente que están enfermas. “Las mujeres generalmente no se enteran de que tienen VIH, sino que de repente, por un examen se enteran, y los que lo transmiten son sus parejas sexuales”, afirma la doctora Stuardo.

Dentro de los casos que maneja la doctora Cecilia Sepúlveda en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, hay una mujer notificada con VIH por cada 5,7 casos de hombres. La última mujer llegó a atenderse tiene 57 años y todavía no saben cómo adquirió la enfermedad. Lo que sí ha observado la doctora Sepúlveda es que estos casos de transmisión sexual “se produce la infección de la pareja estable, que es el marido, porque tiene contacto sexual no protegido fuera del matrimonio o la relación de pareja y lleva el contagio a su mujer”.

Según un estudio de caracterización expuesto por Marcela Silva, las mujeres diagnosticadas siguen siendo mujeres con pareja estable, dueñas de casas y que se sienten ajenas a contraer una enfermedad de transmisión sexual como el VIH. Silva, desde su vereda de mujer viviendo con VIH y como representante de la ICW en Chile, sostiene que hay un

exceso de confianza respecto a la posibilidad de contagio: “Nosotras pensamos que al estar casadas estamos libres de contraer enfermedades de transmisión sexual. El estar casado o con una pareja estable no te garantiza nada, entonces ahí yo creo que nos pasamos de confiadas”, afirma. Además, la activista asegura que un gran número de las mujeres de la ICW en Chile fueron contagiadas por su pareja estable: “Yo te puedo decir que el 90% de las mujeres que pertenecen a nuestra organización son mujeres que eran casadas, con pareja estable, muchas viudas. La mayoría de los hombres si conocían su estado serológico, pero como está la Ley de SIDA y el derecho a la confidencialidad, un médico no tiene mucho que hacer ahí”, comenta.

Antes de que existiera la Ley 19.779, conocida como Ley del Sida, existía una diferencia entre la notificación por VIH+ entre hombres y mujeres, según Marcela Silva y su compañera activista, Roxana Rojas. “Antes de que apareciera la Ley del SIDA siempre cuidaban más al hombre, porque si una mujer era diagnosticada antes que el hombre te cohesionaban y te decían: ‘tienes que decirle, tienes que decirle’. Todo el equipo de salud se confabulaba para que la mujer dijera su serología -el análisis de los anticuerpos en la sangre- a la familia y al hombre, pero cuando el hombre daba primero el resultado positivo, ¡nada! Ahí también hemos sido discriminadas antes de que apareciera la ley de SIDA”, afirma, comentando que ésta es una de las tantas formas de violencia de género que ejercía -por lo menos hasta antes de que comenzara a regir la Ley del Sida- el sistema de salud en Chile.

El “Estudio de Caracterización de mujeres recientemente diagnosticadas con VIH/SIDA, de las regiones de Arica y Parinacota, y Metropolitana” fue publicado en mayo de 2014, y fue preparado para la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud. El objetivo general era “Identificar las características de las mujeres mayores de 18 años que han sido diagnosticadas e ingresadas a control por VIH/SIDA en el sistema público de salud en los últimos 5 años (2008 a 2012) en las regiones de Arica y Parinacota, y Metropolitana”, detalla el informe en sus inicios.

De las mujeres contagiadas en Arica y Parinacota en el período entre 2008 al 2012, antes de saber que eran seropositivas, el 65,6% aseguró que tenía pareja estable y que vivía con ella. El 18,8% tenía pareja estable, pero no vivía con ella, el 12,5% no tenía pareja sexual y sólo el 3,2% no tenía pareja estable antes de saber que tenían el virus. Por otro lado, de las mujeres

de la Región Metropolitana el 67% tenía pareja estable y vivía con ella, mientras que el 18,8% tenía pareja estable, pero sin convivir.

Tabla N° 5.27: pII.6. Situación de pareja antes de conocer su condición VIH+

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Tenía pareja estable y vivía con ella	21	65,6%
Tenía pareja estable, pero no vivía con ella	6	18,8%
Estaba sola (sin pareja sexual)	4	12,5%
No tenía pareja estable	1	3,1%
Total	32	100,0%

Análisis región de Arica y Parinacota

Tabla N° 6.29: pII.6. Situación de pareja antes de conocer su condición VIH+

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Tenía pareja estable y vivía con ella	67	67,0%
Tenía pareja estable, pero no vivía con ella	17	17,0%
Estaba sola (sin pareja sexual)	9	9,0%
No tenía pareja estable	7	7,0%
Total	100	100,0%

Análisis región Metropolitana

En cuanto a la actividad principal que realizaban las mujeres consultadas en Arica y Parinacota antes de conocer su condición de VIH positivas, el 50% se encontraba trabajando remuneradamente, mientras que el 25% se dedicaba a los quehaceres del hogar. Sin embargo, cabe destacar que en el ejercicio de la vida cotidiana ambas actividades no son excluyentes.

Tabla N° 5.28: pII.1. Actividad principal antes de conocer su condición VIH+

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Con trabajo	16	50,0%
Quehaceres del hogar	8	25,0%
Haciendo trabajos ocasionales	4	12,5%
Jubilado, rentista	1	3,1%
Estudiando	1	3,1%
Estaba cesante y no buscando trabajo	1	3,1%
Otra	1	3,1%
Total	32	100,0%

Análisis región de Arica y Parinacota

Tabla N° 6.31: pII.1. Actividad principal antes de conocer su condición VIH+

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Con trabajo	66	66,0%
Haciendo trabajos ocasionales	15	15,0%
Quehaceres del hogar	10	10,0%
Estudiando	8	8,0%
Estaba cesante y no buscando trabajo	1	1,0%
Total	100	100,0%

Análisis región Metropolitana

Por otro lado, la encuesta arrojó que las mujeres contagiadas no tenían conciencia de autocuidado hacia el VIH antes de adquirirlo. En Arica y Parinacota, el 38,5% de las encuestadas afirmó que confiaban en sus parejas, al ser únicas, mientras que la respuesta a esa interrogante llegó al 44,4% en la Región Metropolitana. De esta manera, la confianza depositada en la pareja estable fue la principal razón que se perfilaba como la principal conducta de riesgo para adquirir el VIH.

Tabla N° 5.54: pIII.5. Creencia de tener que cuidarse del VIH antes de adquirirlo

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	18,8%
No	26	81,3%
Total	32	100,0%

Análisis región de Arica y Parinacota

Tabla N° 5.56: pIII.5. Razones para no cuidarse

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Tenía pareja única, confiaba en la pareja	10	38,5%
No pensó que podía pasarle a ella	7	26,9%
Desconocimiento	6	23,1%
Otra razón	3	11,5%
Total	26	100,0%

Análisis región de Arica y Parinacota

Tabla N° 6.67: pIII.5. Creencia de tener que cuidarse del VIH antes de adquirirlo

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	17,0%
No	83	83,0%
Total	100	100,0%

Análisis región Metropolitana

Tabla N° 6.69: pIII.5. Razones para no cuidarse

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Tenía pareja única, confiaba en la pareja	36	44,4%
Desconocimiento	25	30,9%
No pensó que podía pasarle a ella	18	22,2%
Otra razón	2	2,5%
Total	81	100,0%

Análisis región Metropolitana

Otro dato que respalda los comentarios de los especialistas es que el 69% de las mujeres contagiadas de la Región Metropolitana que respondieron esta encuesta aseguran que su actividad sexual antes de conocer su condición de VIH positivo fue “siempre monógama, con diferentes parejas a lo largo de la vida (monogamia seriada)”. Además, el 23% sostiene que tuvieron “una pareja sexual toda la vida”. Sólo el 8% de las mujeres que respondió el estudio tuvo “periodos con más de una pareja sexual”.

Tabla N° 6.43: pII.7. Situación de pareja sexual antes de conocer su condición VIH+

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Siempre monógama, pero con diferentes parejas a lo largo de la vida (monogamia seriada)	69	69,0%
Una pareja sexual toda la vida	23	23,0%
Periodos con más de una pareja sexual	8	8,0%
Total	100	100,0%

Análisis región Metropolitana

Esta situación para el periodista y activista Víctor Hugo Robles, conocido como “El Ché de los Gays”, “habla de que hubo errores en las políticas públicas durante muchos años, que hablaban que el modo de prevenir el virus era la fidelidad, la abstinencia sexual y tener una pareja estable. Entonces las chiquillas creyeron. Tenían relaciones con sus parejas estables sin condón, sin ningún tipo de prevención. Claro, ellas eran estables con él, pero él no era estable con ellas”, afirma.

En síntesis, “Las mujeres son dos a cuatro veces más susceptibles de contraer el VIH que los hombres, y los factores sociales y culturales, incluyendo la violencia de género, estereotipos de género muy arraigados, dinámicas de poder en las relaciones y dependencia económica, aumentan el riesgo de las mujeres de contraer el virus”, sostiene el estudio de Vivo Positivo y el Centro de derechos reproductivos. Continúa: “Más de cuatro quintos de los

nuevos casos de mujeres infectadas ocurren dentro del matrimonio o en relaciones de largo plazo con la pareja principal” al menos hasta el 2011, año en que se preparó este documento.

Falta de información en los Servicios de Salud

Como vimos en el capítulo anterior, la falta de educación sexual es un tema transversal en todos los grupos y edades, y las conductas de riesgo presentes en los jóvenes son un síntoma de que la prevención y educación sexual no es un tema que se da en las familias chilenas. De esta manera, se evidencia que las mujeres tampoco cuentan con esta formación, por ende, este factor también incide en el contagio de VIH en ellas. “La sexualidad a menudo se trata como un tema tabú dentro de la familia, la educación sexual en las escuelas es errática, y muchas veces las y los proveedores de salud no entregan información sobre ITS por el escaso tiempo que tienen con cada paciente”, señala el estudio “Dignidad negada: violaciones en los derechos de las mujeres VIH positivas en los establecimientos de salud chilenos”.

En este sentido, el rol que juegan asociaciones y organizaciones de la sociedad civil que trabajan por la prevención y acompañamiento a personas que viven con VIH es fundamental en la entrega de información, especialmente para las mujeres. “Muchas entrevistadas dijeron que la información que tenían sobre el VIH la aprendieron en asociaciones de personas viviendo con VIH/SIDA o bien leyendo por su cuenta, mas no por parte de las y los trabajadores de salud. Algunas mujeres también sentían que a veces ellas estaban más informadas que el equipo médico que las atendía”, continúa el estudio de Vivo Positivo y el Centro de derechos reproductivos.

La deuda con las mujeres

Como la infección se da mayoritariamente en hombres que tienen sexo con hombres, los recursos destinados para prevenir la enfermedad se han focalizado en este grupo, descuidando la salud física y mental de las mujeres viviendo con VIH.

“A nosotros siempre nos han marcado diciéndonos que no somos la prevalencia, porque somos ‘así un numerito de mujeres’. Siempre hay una excusa para no dar acceso a calidad de

salud integral, salud reproductiva que interfiere con nosotras las mujeres. Siempre hay poca voluntad con nosotras”, sostiene Roxana Rojas, activista y compañera de Marcela Silva.

Se han levantado iniciativas para instalar en el imaginario público la idea de que el uso de condón es la mejor alternativa para prevenir las enfermedades venéreas, pero, ¿qué pasa con la mujer en este aspecto? El condón es un método de cuidado cuyo uso pasa por la disposición del hombre, por lo que las mujeres no tienen una completa autonomía sexual sobre sus cuerpos, como corresponde.

Por esta razón, para la infectóloga Patricia Vásquez hay una deuda con las mujeres a nivel país en cuanto al condón femenino. “Le da autonomía a la mujer, o sino tiene que esperar a que el hombre se ponga el preservativo. Ese es el problema. La mujer no tiene autonomía sobre su sexualidad. Yo soy autónoma en el momento en el que yo me puedo proteger, porque si yo no decido ponerme o no ponerme el condón, ‘estoy fregada’. Si el hombre decide no ponérselo, no se lo pone al final”, comenta.

El acceso al condón femenino no es fácil en Chile, ya que es significativamente más costoso que el preservativo masculino -puede llegar a costar hasta ocho veces más- y son muy escasos en las farmacias chilenas, con mucho esfuerzo lo consiguen organizaciones que trabajan el tema. “Si no hay más en el mercado, si la gente no lo compra, no va a bajar nunca de precio”, afirma la doctora Vásquez. Además, se habla muy poco de él. La inmunóloga tiene una mirada crítica sobre el desconocimiento que existe entre los profesionales de salud respecto a esta herramienta de autocuidado y prevención femenina, que, lamentablemente, deriva en que las mujeres tampoco estén familiarizadas con el condón femenino.

Además, el uso del condón femenino no sólo previene el contagio de VIH, ya que además previene el contagio de Virus del Papiloma Humano (VPH), que puede convertirse en cáncer cérvico uterino si no es detectado y tratado a tiempo. Es crucial que se prevenga la infección de VPH en mujeres viviendo con VIH, ya que tienen mayor posibilidad de desarrollar este tipo de cáncer -y otros- que las mujeres seronegativas. Así lo afirma el “Protocolo de atención integral en salud sexual y reproductiva a mujeres viviendo con VIH”: “La revisión de la literatura y la evidencia revelan que las mujeres VIH (+) tienen mayor prevalencia de virus

oncogénicos que las mujeres seronegativas para VIH”. Además, continúa el documento: “Existe una asociación epidemiológica entre la infección por VIH y la presencia de otras ITS porque obedecen a las mismas conductas de riesgo. Las ITS aumentan el riesgo de transmisión del VIH, y el VIH afecta la presentación clínica de algunas ITS”, como lo es el VPH.

De acuerdo a lo que ha observado Marcela Silva en tanto a la relación VIH-VPH en su organización, es lo siguiente: “Las mujeres no solo están adquiriendo el virus del VIH, también están adquiriendo el virus del papiloma humano que también les está causando la muerte. La falta de información es grandísima”. Desde su organización levantaron la posibilidad de que las niñas se vacunen para prevenir el VPH, sin embargo, ampliar esta medida a las mujeres adultas es aún más complicado, y no está realmente comprobado si funciona esta vacuna en mujeres que ya iniciaron su vida sexual. Ante esto, propone lo siguiente: “Nosotras siempre apuntamos a que no solo se vacunen las mujeres, sino que también se vacunen los hombres, sino estas vacunas tampoco tienen sentido. La vacuna tiene que ir como prevención tanto para el hombre como para la mujer”.

Las campañas realizadas por el Minsal se basan en el uso de condón masculino, y reproducen el discurso errado de que las mujeres son los sujetos encargados de aprender a situarlos en los genitales masculinos. Jamás, en ninguna campaña realizada por el Ministerio de Salud si quiera, se ha mencionado la posibilidad de usar condón femenino, que sin duda entrega protección e independencia a las mujeres a la hora de mantener relaciones sexuales.

Dentro del estudio de caracterización de las mujeres que tienen VIH/SIDA mencionado anteriormente se evidencia este déficit. De las mujeres encuestadas en la Región Metropolitana, el 87% asegura no conocer el condón femenino, mientras que sólo el 13% afirma saber de su existencia. De las mujeres que sí lo conocían, sólo el 23,1% reconoce haberlo usado alguna vez. Vale decir: de 100 mujeres viviendo con VIH, solo 3 utilizaron el preservativo femenino.

Tabla N° 6.117: pV.9. ¿Conoce el condón femenino?

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	13,0%
No	87	87,0%
Total	100	100,0%

Análisis región Metropolitana

Tabla N° 6.118: pV.10. ¿Ha utilizado el condón femenino?

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	23,1%
No	10	76,9%
Total	13	100,0%

Análisis región Metropolitana

Violencia y discriminación

A la activista de ICW latinoamérica Marcela Silva en 1997 le diagnosticaron VIH, y en el 2000 quedó embarazada de su único hijo, que nació VIH negativo. Recuerda momentos de su embarazo, y señala que no fue fácil: “Me decían que era una loca, que era una irresponsable, que iba a traer un hijo sidoso. En esos años, ¿qué podías hacer? Eran los años 2000. Me enfoqué en el tratamiento, que mi hijo naciera bien, en tener una buena calidad de embarazo”.

Su foco en ese momento estaba en el cumplimiento del protocolo por miedo a que su hijo naciera con VIH, sin embargo, hoy tiene una mirada completamente distinta respecto de lo que le pasó. En la actualidad las mujeres están mucho más informadas sobre el tema, y el protocolo para mujeres embarazadas con VIH es más conocido y llevadero que antes. “Yo siento que las mujeres han cambiado desde que saben que tienen su diagnóstico y se quieren embarazar, lo hacen de manera mucho más responsable. Está esa libertad de querer o no hijos hoy. No sé si sigue siendo tan cuestionado, pero siento que la mujer que vive con VIH está mucho más empoderada”, comenta Marcela.

A inicios del siglo, Marcela Silva también denuncia haber vivido violencia obstétrica. Asegura que hubo discriminación de parte del personal de salud, y fue testigo especialmente cuando le dijeron: “eres sidoso”, “no tomas conciencia” o “cómo se te ocurre tener un hijo así”, aun sabiendo estas personas -como profesionales de la salud- que existen protocolos para que los niños salgan sanos, y que una mujer viviendo con VIH puede perfectamente tener un embarazo y parto normal. “Yo a veces no sé si es ignorancia de la gente, o la gente de los

servicios de salud quieren imponer la voluntad de ellos por sobre la voluntad de la usuaria”, crítica.

“Lo que a nosotras nos ha tocado es ver y vivir el tema de derechos sexuales y reproductivos en las mujeres viviendo con VIH, y no ha sido muy bueno por parte de los equipos (médicos), porque sentimos que por mucho tiempo nos cuestionaron mucho el tema de la serología y la maternidad, o la serología y tener sexualidad activa”, continúa la activista. Las mujeres con VIH conviven con el estigma y mito de que la mayor parte de su grupo que contrae el virus son trabajadoras sexuales o mujeres con múltiples parejas sexuales, sin embargo, como señala “Dignidad Negada: violaciones en los derechos de las mujeres VIH positivas en los establecimientos de salud chilenos”: “A pesar de que alrededor del 80% de las mujeres contraen el VIH mientras están en relaciones monógamas, a menudo se asume que las mujeres VIH-positivas son trabajadoras sexuales o que han tenido múltiples parejas sexuales”.

“Dicho estigma acarrea daños tanto directos como indirectos. El estigma favorece el trato discriminatorio, incluso dentro de los servicios relacionados con la salud, y la ignorancia y desinformación sobre la transmisión del VIH pueden estimular conductas discriminatorias”, indica el informe “Dignidad negada: violaciones de los derechos de las mujeres VIH-positivas en establecimientos de salud chilenos”. Además, dicho documento establece lo siguiente:

“Dado que la salud sexual y reproductiva de las mujeres está integralmente vinculada con el VIH, los servicios de salud reproductiva y sexual de buena calidad y no discriminatorios son un componente fundamental de los programas exitosos de prevención y tratamiento del VIH. En la práctica, sin embargo, las mujeres VIH-positivas con frecuencia enfrentan discriminación en los servicios de salud reproductiva, incluyendo retrasos en la atención, maltrato verbal, presión para no tener hijos, esterilización forzada o sin consentimiento, o se les niega la atención que solicitan”.

Roxana Rojas, activista de Bellona y compañera de Marcela Silva, asegura que el tratamiento de la situación serológica de las mujeres respecto a los hombres en los centros de salud es diferente. Según ella, cuando las mujeres son notificadas con VIH prácticamente se les obliga repetidamente a contarle a sus parejas, mientras que con los hombres no sucede

esto. De acuerdo al “Protocolo de atención integral en salud sexual y reproductiva a mujeres viviendo con VIH”, del año 2011, los servicios de salud debieran sugerir o estimular a las mujeres a dar a conocer su situación a sus parejas, pero nunca de manera obligada. “En los casos donde se desconoce la situación serológica de la pareja, debe estimularse a la mujer a que le informe su serología y acuda a un centro de atención para recibir información y orientación, oferta de test, atención y tratamiento si corresponde”.

En cuanto a la discriminación proveniente del personal de la salud, la pediatra Ana María Álvarez, de acuerdo a lo que aprecia en el Hospital San Juan de Dios, considera que con el tiempo esta situación ha mermado en comparación a los primeros años en los que la enfermedad recién se estaba dando a conocer. “Tengo la sensación de que la gente se ha ido educando y tienen en la actualidad una mente mucho más abierta. Cuando recién apareció el VIH, la gente se vestía entera con guantes. Aquí con los primeros niños (con VIH) que llegaron, pareciera que ibas a la luna para entrar a verlos. Le tenía mucho miedo la gente (a la enfermedad). Era desconocido. Pero en la actualidad, nada. No hay ninguna discriminación aquí. En la maternidad tampoco yo he notado que discriminan”, comenta la profesional.

Esterilización forzada

La violencia de género ha afectado siempre a las mujeres en muchos aspectos de la vida, y “el VIH tampoco nos dejó exentas de vivir esta violencia. Tenemos el tema de las esterilizaciones forzadas para las mujeres, pero, ¿por qué no llaman a los hombres a esterilizarse?”, comenta Marcela Silva. La esterilización forzada a mujeres VIH positivas es una realidad que sucede en nuestro país silenciosamente.

Conocido es el caso de una joven de 20 años identificada por los medios como Francisca, quien fue esterilizada sin su consentimiento por los médicos que la atendieron después de dar a luz a su primer hijo. El procedimiento se llevó a cabo en el hospital de Curicó, en la Región del Maule, en el 2002. La mujer denunció al cirujano que la esterilizó, pero el caso fue archivado. Después de eso, el Centro de Derechos Reproductivos junto a la ONG Vivo Positivo llevaron la demanda a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). En marzo del 2017, el caso fue estudiado por el organismo internacional después de 15 años

desde que se llevó a cabo la negligencia médica. Las organizaciones pidieron una compensación por el daño causado a Francisca, mientras que los representantes del Estado reconocieron que se violaron sus derechos reproductivos.

Pero este caso no es el único registrado en Chile. El estudio “Mujeres Chilenas viviendo con VIH/SIDA: Derechos sexuales y reproductivos”, publicado en 2004, da cuenta de que la esterilización sin consentimiento era una práctica regular. El estudio revela que el 12,9% de las mujeres consultadas fueron esterilizadas sin su consentimiento y que un 50% de quienes se esterilizaron después de la notificación lo hicieron bajo algún tipo de presión.

Según la legislación chilena, la esterilización de las mujeres -más allá de si tienen VIH o no- es una decisión personal que constituye un derecho. Si la mujer viviendo con VIH decide realizar este procedimiento debe firmar un consentimiento informado en el que se garantice su bienestar físico y psicológico:

“La esterilización femenina es una decisión personal, que se encuentra regulada a través de la Resolución Exenta No 2326, del 30 de noviembre del 2000. (anexo No 1). La esterilización quirúrgica, se puede realizar en mujeres VIH (+) que lo solicitan y que firmen consentimiento informado. Si la mujer tiene SIDA y/o está con TAR (Tratamiento Antirretroviral), el procedimiento debe ser realizado en un servicio de salud que cuente con un equipo médico capacitado y experimentado, y una red de apoyo adecuada. El procedimiento debe ser retrasado ante la presencia de una patología relacionada con el SIDA y que signifique un mayor riesgo operatorio, hasta que la condición sea superada”, señala el “Protocolo de atención integral en salud sexual y reproductiva a mujeres viviendo con VIH”.

El protocolo mencionado anteriormente se realizó como respuesta a las demandas de las mujeres viviendo con VIH en Chile que viven la discriminación y estigmatización por su estado serológico, e identificó ciertas actitudes discriminatorias que se estaban dando en el sistema de salud público. “En este contexto, como documento técnico contribuye además, a evitar que se produzcan hechos como son las esterilizaciones involuntarias, la discriminación en la atención, la vulneración de la confidencialidad, (incumplimiento de la Ley No 19.779 del SIDA) y el no acceso a las prestaciones establecidas por normativa¹, y reitera la

obligación de la Autoridad Sanitaria y a la Red Asistencial de velar por la implementación de las normativas existentes que regulan y cautelan los derechos de las personas y en especial los derechos sexuales y reproductivos”.

Este documento, además, visibiliza y admite una serie de factores socioeconómicos que rodean el contagio del VIH, entre ellos, la inequidad de género: “Las enfermedades de transmisión sexual y reproductiva y el VIH/SIDA comparten causas de origen, incorporando la pobreza, la inequidad de género y la marginalización social de las poblaciones vulnerables”. Si una persona que se contagia de VIH y es mujer, el camino se vuelve cuesta arriba, ya que no forma parte del grupo para el que se focalizan los recursos en Chile, pero si además es pobre y marginada socialmente, el panorama se vuelve aún más complicado, porque no hay estrategias efectivas de parte del Minsal para que inicien y se mantengan en el tratamiento retroviral, acompañado de atención psicológica.

Transmisión vertical

La doctora Ana María Álvarez es especialista en infectología pediátrica del Hospital San Juan de Dios, y miembro de la sociedad chilena de pediatría. Por su experticia en el tema, hoy es la encargada del VIH pediátrico del Hospital San Juan de Dios y del resto de hospitales que pertenecen a la misma área de salud.

La doctora Álvarez estuvo presente e incluso trató a los primeros niños que nacieron con VIH en Chile. “Nosotros diagnosticamos al primer niño que fue por transfusión de sangre, cuando los bancos de sangre no hacían ningún testeo del VIH”, recuerda. El primer caso de transmisión vertical de VIH en Chile, constatado por el “Protocolo de atención integral en salud sexual y reproductiva a mujeres viviendo con VIH” se dió en 1987, y fue atendido por la doctora Álvarez, en Santiago, cuando el pequeño ya tenía dos años de vida.

Los primeros niños diagnosticados nacieron en junio de 1988, y eran gemelos. “De esos uno murió y la niña está viva. La niña fue madre y su hijo es negativo”, comenta la profesional, quien aún tiene contacto con gran parte de los niños -ahora adultos- que ha atendido en su trayectoria.

Lleva muchos años trabajando con mujeres seropositivas embarazadas, a quienes aplica el protocolo vigente para disminuir considerablemente los riesgos de transmisión vertical de VIH cuando corresponde, que puede reducir la tasa de transmisión de entre el 13% a 48% hasta menos de 2% según el “Protocolo de atención integral en salud sexual y reproductiva a mujeres viviendo con VIH”. El procedimiento para evitar la transmisión vertical funciona de la siguiente manera, según explica la profesional de la salud:

Si una mujer embarazada se dirige a un centro de salud, como un Cesfam o policlínico, el recinto tiene la obligación de hacerle el examen de VIH. Si el examen sale positivo, el protocolo exige que se mande la muestra al ISP para confirmar si tiene o no el virus, porque los test pueden ser falsos positivos.

“Antiguamente uno demoraba como un mes en este proceso y se perdía un tiempo ‘precioso’, porque el protocolo para que tenga éxito tiene que empezarse no después de las 20 semanas de gestación. Mientras más tardío, más incompleto”, asegura la infectóloga y pediatra. Si una mujer es detectada VIH positiva, el consultorio la deriva a atención hospitalaria. A las mujeres de la zona occidente de Santiago las derivan al Hospital San Juan de Dios, donde atiende la doctora Álvarez.

El tratamiento comienza inmediatamente si la gestante tiene más de 14 semanas de embarazo. Según la “Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis”, en este caso “Se indica el uso de AZT/3TC para la prevención de la transmisión vertical de VIH”. Con esto, las embarazadas seropositivas se mantienen bajo tratamiento a lo largo de todo el embarazo, con un control constante de su carga viral.

Los esquemas pueden ir variando dependiendo de los efectos adversos que los medicamentos causen en la mujer embarazada, como náuseas o vómitos. La carga viral de la semana 34 de gestación define la conducta obstétrica (la modalidad del parto).

Cuando llega el momento del parto, en el Hospital San Juan de Dios hay un grupo de profesionales que se reúne y decide si la madre puede optar a parto normal, siempre y cuando

se cumplan determinadas variables, como estar indetectable en ese momento o adherente al tratamiento. La doctora Álvarez, de acuerdo a su experiencia, señala que la mayoría de las gestantes no cumple con las condiciones necesarias para que el parto sea normal, por ende, casi todos son vía cesárea. Esta se programa con el obstetra a la semana 38 aproximadamente, y hasta ese momento la madre se mantiene consumiendo la terapia oral.

“En el momento del parto, una hora antes de que le vayan a hacer la cesárea, le empiezan a gotear uno de los antirretrovirales, que es el AZT endovenoso. Hacen la cesárea, sacan la guagua, y la guagua a las seis u ocho horas empieza a tomar AZT oral, que se debe consumir seis semanas”, afirma.

“Todo recién nacido hijo (RN) de madre seropositiva para VIH, debe recibir AZT 2 mg/kg cada 6 horas, vía oral, por 6 semanas a partir de las 6 a 12 horas de vida”, se establece en las medidas de prevención para evitar el contagio de madre a hijo.

Por otra parte, a la madre se le prohíbe la lactancia materna y se le receta cabergolina, un inhibidor de la producción de leche materna. Esta prescripción médica sirve para que la madre quede sin leche y así no tenga la opción de amamantar a su hijo recién nacido, ya que muchas veces ceden ante la presión social de la familia y cercanos, que en ocasiones no conocen el estado serológico de la madre. Es fundamental que los recién nacidos no consuman leche materna de su madre seropositiva, especialmente durante el primer mes de vida, ya que la posibilidad de contagio es más alta todavía debido a que este líquido contiene calostro rico en células y linfocitos con mayor carga viral, lo que, en contacto con el sistema inmunológico del recién nacido, podría traer consecuencias irreversibles. “Muchas mamás ceden a la lactancia por presión familiar, porque la gente no sabe y le exige...”, sostiene la pediatra. En el Hospital San Juan de Dios se controla a los niños a los seis meses de nacido.

Señala el artículo 5º del Decreto 182, titulado “Reglamento del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana”: “El examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre voluntario (...). Sin embargo, el examen se efectuará siempre en casos de donación de sangre o de órganos para trasplante y tejidos para injerto, en la elaboración de plasma, en el control prenatal de embarazadas y en cualesquiera otras

actividades médicas que pudieren ocasionar contagio y sean consideradas de riesgo, de acuerdo a las normativas sanitarias vigentes”.

Antes de la promulgación de este decreto, el panorama era muy diferente según recuerda la pediatra: “Hace algunos años no existía ningún examen obligatorio para saber si la embarazada tenía VIH, sabiendo que el mecanismo de transmisión más importante para los niños (más del 90%) obedece a la transmisión vertical. Si no sabíamos si las embarazadas estaban infectadas, uno no sospechaba que el niño pudiera estar infectado. Después del año 1994 empezaron a salir artículos médicos en los cuales se aplicaba un protocolo a las embarazadas, con lo cual uno podía tratar al niño, pero para eso teníamos que aplicárselos a embarazadas sabiendo que eran positivas, y para poder saber si eran positivas tenían que hacerse el examen”.

Ahí radica la importancia del decreto 182, ya que ha ayudado a disminuir la cantidad de niños que nacen seropositivos en Chile. “El número de embarazadas subió, pero el de los niños contagiados se fue para abajo, porque uno les puede aplicar el protocolo de transmisión vertical -usando antirretrovirales- y la posibilidad de transmisión que antes era como 30% ó 25% si uno no hacía nada (con esta medida más otras cosas como la cesárea, el usar drogas en el embarazo, en el parto y al recién nacido) cayó a menos del 2%, y eso es un éxito”, sostiene la inmunóloga y pediatra del Hospital San Juan de Dios.

CASOS VIH (+)	
AÑO	NIÑOS
2000	26
2001	30
2002	28
2003	20
2004	22
2005	18
2006	9
2007	12
2008	12
2009	13
2010	6
2011	12
2012	11
2013	5
2014	8
2015	10
2016	3

MINISTERIO DE SALUD - GOBIERNO DE CHILE
www.minsal.cl
Mac Iver 541, Santiago, Chile - Teléfonos (56-2) 5740 100

Desde el 2000 hasta el 2016 ha habido una baja significativa. Si el año 2000 nacían 26 niños con VIH por transmisión vertical, esta cifra se reduce a 10 en el 2015 y, posteriormente, a 3 casos en el 2016. Estas cifras fueron entregadas vía Ley de Transparencia al medio El Desconcierto.

A pesar de la baja en los casos de niños nacidos con VIH, la transmisión vertical aún sigue sucediendo. Para la doctora Álvarez, la razón de esto radica en que no basta con un test de VIH en embarazadas para disminuir al máximo posible las transmisiones verticales: “El primer examen si está funcionando, pero no es suficiente, ya que han habido casos en los que el examen sale negativo en primera instancia, pero en el transcurso del embarazo se contagian”, señala. Un claro ejemplo es que en el 2016 nacieron tres niños con VIH en Chile, a pesar de que están disponibles los protocolos.

La realización del segundo test en embarazadas es una política que según Edith Ortiz se estaba tramitando en 2017. “Esta es una norma (el Test de VIH prenatal) para las mujeres del país que están entre la semana 12 y 14 de embarazo. Ahora estamos normando el segundo examen a embarazadas entre la semana 32 y 34, y eso es porque tiene un objetivo distinto: detectar durante la gestación la infección en la embarazada para evitar la transmisión al niño o niña. Eso ha sido una política muy exitosa. Hoy día hay alrededor de 5 ó 6 niños que nacen al año con VIH, después de que teníamos un 30% de casos”, indica. Sin embargo, el 30% al que se refiere Ortiz apunta al período antes de que se aplicara el primer protocolo de prevención de transmisión vertical, no específicamente a la medida del testeo prenatal: “La tasa de la transmisión vertical del VIH, muestra un descenso notorio y sostenido a través del tiempo, pasando de una cifra cercana a 30% en el período previo a la implementación en 1996, del primer protocolo de prevención de la Transmisión Vertical (ACTG 076) a 5% observado en el año 2011, mediado por la aplicación del actual Protocolo de Prevención”, según el “Protocolo de atención integral en salud sexual y reproductiva a mujeres viviendo con VIH”, del 2011.

Según Ortiz, se prevee que en unos años más no nacerán niños con VIH, pero para que esto realmente suceda, la doctora Patricia Vásquez señala que faltan políticas públicas que establezcan un control hacia las mujeres embarazadas poco adherentes al tratamiento.

El perfil de embarazadas con VIH que le transmiten el virus a sus hijos es de el de mujeres poliadictas, que mezclan distintos tipos de drogas para incrementar el estado de drogadicción, de acuerdo a la experiencia de la infectóloga Patricia Vásquez. “Esta cosa de la poliadicción es tremenda porque no tenemos donde derivar, no hay centros. Ese es el problema. Ellas viven en un entorno poliadicto. No sacas nada con hacerle una terapia de dos semanas y después se

reinsertan en la misma población. Se necesitan centros comunitarios, centros de atención”, comenta.

Los niños que nacen con VIH positivo en la actualidad son en su mayoría hijos de mujeres embarazadas que cuando se enteran que son seropositivas no cumplen con los controles, y no adhieren a la terapia antirretroviral. Son mujeres que no siguen el protocolo correctamente por su condición de poliadicción o porque viven en situación de calle. “Esto ha hecho que incluso ahora en este hospital -y en varios otros también- hay muchas mujeres que cuando nos damos cuenta que son poco adherentes al tratamiento, las hospitalizamos en el embarazo para obligarlas a que aquí, delante de nosotros, sigan tomando el medicamento, para disminuir la posibilidad de transmitirle la infección al niño”, relata la doctora Álvarez. No obstante, esta situación tampoco es tan fácil, ya que es común que se establezcan trabas para mantener a una embarazada en un hospital únicamente para suministrarle sus medicamentos. Como no hay una política que se encargue de esta situación, las mujeres quedan a la deriva, con un alto riesgo de transmitirle la infección a sus hijos.

Niños viviendo con VIH

Una vez que las mujeres gestantes se hacen el Test de Elisa en la primera fase de su embarazo, se comienza el tratamiento de prevención de transmisión vertical de VIH si es que el resultado del test arroja positivo. Este tratamiento tiene éxito si la mujer tiene buena adherencia y si se inicia a tiempo.

Según los registros de ONUSIDA Chile, en 2016 habían 90 niños viviendo con VIH, sin embargo, según cifras del MINSAL, a diciembre de 2014 habían 246 niños menores de 14 años viviendo con VIH en Chile, de los cuales 214 estaban utilizando medicamentos. Parte importante de estos niños son atendidos actualmente en la Fundación Santa Clara, un hogar fundado por Hermanas Franciscanas que recibe niños con VIH y se hace cargo de ellos por diferentes motivos, principalmente por muerte de sus padres a raíz de enfermedades ligadas al virus de la inmunodeficiencia humana.

“Nuestra historia se remonta a mediados del año 1994, cuando un día recibimos un llamado de los Hermanos Franciscanos explicándonos una peculiar y muy preocupante situación: si bien ellos cuidaban y acogían a los adultos con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los hijos menores de estos enfermos estaban quedando desprotegidos”, señalan desde la Fundación en su página web.

Sin embargo, muchos de estos niños desprotegidos a los que hace alusión el Hogar Santa Clara quedan huérfanos luego de sus padres fallecen por alguna enfermedad oportunista relacionada al VIH. La mayoría de ellos quedan a cargo de familiares, de acuerdo a lo que aprecia la doctora Ana María Álvarez, y a algunos no les cuentan la verdad respecto a su enfermedad hasta que son grandes, por miedo a que abandonen la terapia antirretroviral, se sientan vulnerables o a que se sientan discriminados o estigmatizados en ciertos espacios, como los colegios, por ejemplo.

Marcela Silva tiene experiencia en este tema, ya que fue madre cuando ya conocía su estado serológico. Para ella fue un embarazo normal dentro de todo, ya que siguió el tratamiento para prevenir la transmisión vertical. Finalmente, su hijo no nació VIH positivo. Respecto al trabajo que lleva el Hogar Santa Clara, Marcela afirma: “El Hogar Santa Clara vive de lo que la gente aporta para los niños (con VIH). Yo no me quiero fijar en los niños que ellos tienen institucionalizados ahí, quiero hablar de los niños que viven con sus abuelas, con sus papás...”, como fue el caso de ella y su hijo. Para Marcela, los niños que nacen con VIH y crecen en su hogar, con la familia, son aún más invisibilizados que aquellos que crecen en instituciones, cuando las vallas que deben superar son igual de complejas y sus historias igual de potentes.

La estigmatización hacia los niños con VIH es un problema real que, por ignorancia, todavía se vive en la actualidad. La doctora Álvarez recuerda un caso en particular de un niño que fue su paciente y fue expulsado de un establecimiento educacional por este motivo. “Sí, son estigmatizados y discriminados. Yo por años fui a dar charlas en muchos colegios. Fuimos (a un colegio) porque había un niño que lo tenían en una institución que era Caritas Chile, y se supo que era un sidario. Del colegio la echaron”, recuerda.

En estos casos, la profesional sostiene una conversación con los padres o adultos responsables de los niños con VIH para que decidan si quieren revelar o no el estado seropositivo de los pequeños en el colegio. En esta charla, la doctora explica los pros y contras de revelar la enfermedad en los establecimientos educacionales: Por una parte, es importante que se sepa, por si el niño con el virus tiene algún tipo de accidente que implica contacto sanguíneo con otras personas. Por otra parte, y como sucedió con el niño de Caritas Chile, hay posibilidades de que el colegio reaccione de modo discriminatorio hacia el estudiante y se vulnere su derecho a la confidencialidad del diagnóstico. Una alternativa a esto, es instar a que se de aviso de la serología del niño a su profesor o profesora jefe. “A los papás les decimos que ellos decidan si quieren decir o no. Le sugerimos que se lo digan al profesor directo o al director, no a toda la comunidad. Algunos lo han hecho así. Muchos nunca supieron que esos niños que pasaron por ahí estaban infectados”, afirma la pediatra.

Muchos de los pacientes niños que se atendían con la doctora Álvarez ya crecieron, y aún mantienen el contacto con ella. Hoy ya son adultos, e incluso algunas de ellas han tenido hijos a los que se les ha aplicado el protocolo para evitar la transmisión vertical, y han arrojado VIH negativo. “El VIH ya definitivamente no es una enfermedad mortal. Es una enfermedad crónica para ellos. Significa que van a tener que estar con medicamento toda su vida mientras no haya cura, pero tienen una vida normal”, asegura la pediatra.

El desafío para las mujeres de cara al futuro

Más allá de si es una enfermedad mortal o crónica en la actualidad, el VIH existe, y por más que las autoridades intenten negar su aumento, siempre están las cifras mostrando una realidad incómoda, pero cierta. Es necesario encender las alarmas -no en modo apocalíptico-, pero sí para informar que el VIH no discrimina género, edad ni procedencia, y cualquiera podría ser él o la afectada, por ende, es fundamental el autocuidado. Las mujeres, en este caso, están aún más en desventaja que los hombres, ya que muchas de ellas son contagiadas sin siquiera sospecharlo por sus parejas “estables”, y entran en este círculo por no negociar correctamente el uso del condón, una práctica que por sentido común debiera ser natural, y no negociada en una relación sexual, como sucede en la sociedad patriarcal actual.

Además, al no ser las mujeres la mayor prevalencia en nuestro país, no se les destina la misma cantidad de recursos para prevención y acompañamiento que se entrega a los hombres (homosexuales, en su mayoría), lo que conlleva a que gran parte de ellas lleve la enfermedad en secreto, y muchas veces sin uso de medicamentos, para ocultar su situación serológica al mundo y no ser catalogadas como “promiscuas”.

EL VIH/SIDA ESTÁ EN TODO EL PAÍS

El lonko huilliche

“Hay algunos que su estrella es la tierra, el agua... La estrella que llevo yo en la frente tiene un nombre: se llama SIDA”. Así comienza a relatar su historia Willy Morales, lonko huilliche nacido de Chiloé, región de Los Lagos, que se contagió de VIH a los 16 años. Su vida no ha sido fácil: se le notificó como VIH positivo en la década de los 80’, en un contexto nacional bastante difícil de sortear, sobretodo considerando que portaba una enfermedad totalmente desconocida y mortal en ese entonces, que provocaba desconfianzas y discriminaciones brutalmente exacerbadas.

“Soy un superviviente. De las personas que vivimos con VIH a finales de los 80... ¿quedaremos unos 10? Somos los que podemos contar la historia desde el inicio, desde que no se sabía nada, de la discriminación tanto de la comunidad como del Estado, de la violencia, el abandono...”, comenta Willy mientras recuerda cómo se contagió e inició, posteriormente, su activismo por los derechos de las personas viviendo con VIH.

Su historia comenzó en la adolescencia, a los quince años, cuando vivía en una comunidad huilliche en las cercanías de Castro. Un día del verano del 86’, luego de cenar, su padre lo invitó a dar “un paseo a la casa de las tías”, eufemismo utilizado por los jóvenes de su comunidad para denominar un ritual “de iniciación” sexual muy popular entre sus pares, que era secreto a voces. Así fue como padre e hijo llegaron a un burdel, y luego de beber vino, su padre le comentó que desde ese momento su palabra comenzaría a “contar en el hogar”. En ese instante apareció una mujer, y tras una reacción de vergüenza y pudor, juntos se dirigieron a una habitación donde tuvieron sexo sin preservativo.

Aproximadamente un año después de ocurrido este hecho, Willy comenzó con una alergia que no se quitaba, a pesar de probar con una serie de medicamentos que le recetaban en el sistema de salud tradicional. Luego de varios meses desconociendo su verdadero diagnóstico,

lo derivaron a un hospital, donde le realizaron el Test de Elisa y lo notificaron posteriormente como VIH+.

Dado a que en ese entonces era menor de edad, Willy nunca tuvo problemas con la entrega de medicamentos en los centros de salud, sin embargo, considera esta “medicina huinca” como un complemento de la medicina ancestral. Según las machis de su comunidad, el VIH/SIDA no tiene una cura que se pueda encontrar en la tierra: “Una machi me dijo que el SIDA no es una enfermedad natural, porque si lo fuera, ellos habrían encontrado el remedio en la tierra, y no existe, por lo tanto, esto es una creación del hombre, y si es inventada por el hombre hay que tomar medicina creada por el hombre y no por la madre tierra. La madre tierra cura enfermedades que da la madre tierra. Si te duele la guata, ahí entra la medicina indígena”, comenta.

En sus controles en los centros de salud, Willy era testigo de que mucha gente estaba muriendo por enfermedades relacionadas al VIH por no tener la medicación necesaria. Era una competencia deshumanizada por los medicamentos, en la que cada deceso podía significar la oportunidad de vivir para otra persona apuntada en las largas listas de espera. “Tuve la primera terapia, que era el AZT, unas pastillas asquerosas, grandes, feas, hediondas”, recuerda. Sin embargo, esta situación lo llevó a luchar por la calidad de vida para las personas viviendo con VIH: “Yo también me sumaba a las personas que no tenían medicamentos, y me encadené en la Corte Suprema. Nos llevaban presos, nos maltrataban, hasta que se entendió lo que era el derecho a la vida”, señala.

“Nos acusan de violentos, de agresivos... ¿Tú no te pondrías agresiva si violentan tu vida?”

En esos espacios de lucha y activismo vivió en carne propia la discriminación, en su estado más deshumanizado y cruel. “Cuando caíamos detenidos aquí en la primera comisaría, después de que nos amarrábamos en la Corte Suprema, los carabineros no nos registraban, era una tragedia para ellos. Se les notaba en la cara. Dentro de la comisaría nosotros podíamos sacarnos fotos, llevábamos agüita, comíamos... No nos registraban porque tenían miedo, nos tomaban con guantes plásticos”, comenta.

Durante esos días de lucha Willy fundó la Red Nacional de Pueblos Originarios en Respuesta al VIH (RENPO), organización de la que es Director Nacional actualmente y que tiene intereses muy lejanos a los estatales, según él. “Al Estado de Chile le importa más la estadística y el número. A nosotros nos importa la vida, y la vida no puede tener un precio”, asevera.

Desde RENPO han impulsado una serie de iniciativas para mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH, sin embargo, hay una traba que les dificulta el avance: las personas que trabajan en los círculos que tienen poder real para hacer cambios en esta materia (como el Programa Nacional de Prevención y control de VIH/SIDA e ITS y ONUSIDA) toman medidas obsoletas para corregir el actual escenario del VIH, y necesitan con urgencia actualizarse, según Willy. “Es necesario que estas personas que ya están antiguas en el programa nacional de SIDA se actualicen, como yo, que sé que tengo una cultura que respetar pero sí me actualizo en lo que se dice referente a estas nuevas tribus”, señala.

Para el director de RENPO esta situación se ha vuelto insostenible, a tal punto de que en marzo del presente año publicó una carta abierta a Edgardo Vera, ex jefe del Programa Nacional de Prevención y control de VIH/SIDA e ITS, donde lo acusó de genocidio y notable abandono de deberes. En el documento señala que durante el período que Vera se desempeñó en dicha labor engañó a los pueblos originarios y actuó pasivamente omitiendo información relevante sobre el aumento de casos de VIH en Chile. En sus propias palabras:

“Ud. en su cargo, discriminó racialmente, engañó a los nueve pueblos originarios que trabajamos en respuesta al SIDA (...) y solo recibimos su mirada folclórica sin el acceso a poder participar. La mesa nacional de pueblos indígenas se llenó de engaños y mentiras, nunca funcionó. Ud. le mintió al PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), que el trabajo asociativo con pueblos indígenas existe y yo reafirmo que no fue así, sino lo contrario. (...) Solo me queda mencionar que toda muerte de chilenos indígenas y extranjeros es su culpa y tendrá que por el resto de sus días responder. La ley nos faculta que después de la salida de sus cargos hay responsabilidad política y penal. Renpo Chile estará ahí para acusarlo”.

El activista huilliche notó que algo andaba mal cuando se publicó el polémico informe de ONUSIDA al que se hace referencia en los capítulos anteriores, en julio de 2017. “Esto explotó cuando ONUSIDA dijo la cantidad de personas afectadas, y de ahí nosotros pedimos las cifras al jefe del Programa de la época, Edgardo Vera. No querían entregar la información vía transparencia, hasta que ganamos un amparo por Ley de Transparencia y tuvieron que entregar la información completa. Nosotros primeramente habíamos pedido el número exacto de personas afectadas hasta el 2016, porque en la estadística no estaba 2017 ni 2018, pero doblamos el año pasado”, afirma.

La respuesta que le dieron a Willy ante la negativa por la entrega de información fue que no querían causar alarma nacional. Al respecto, Willy sostiene: “Nunca, ni el momento más crítico del SIDA se había visto esto. Yo viajó mucho al extranjero, y ocupan a Chile para ejemplificar lo que no se hace, que es lo que hizo el sr. Vera junto a la ex ministra de salud”. Además de Vera, Willy culpa de esta situación a la entonces Ministra de Salud, Carmen Castillo, la antecesora de Edgardo Vera en el Programa de Prevención, Edith Ortiz, el asesor en DD.HH. del MINSAL, Guillermo Závala y Paloma Cuchí, representante de la OPS en Chile.

Respecto al rol que jugó ONUSIDA en este escenario, Willy es enfático: “ONUSIDA es cómplice de genocidio. Ellos sabiendo el número nunca lo dijeron, y el Estado es cómplice por omisión. Esta demanda -que están planeando actualmente- va a ser en respuesta por todos aquellos que murieron, para que a estas personas nunca más en la vida se les ocurra esconder algo debajo de la alfombra”.

Sobre esta demanda, asegura que cuentan con una amplio respaldo, y busca que las personas citadas anteriormente reciban una sanción por su error y no puedan ejercer un cargo público nunca más. Elayne Leyton, presidenta de ARPEVIH, está apoyando esta iniciativa.

Las tasas más altas de Chile

Dos de las regiones con mayor cantidad de población indígena en Chile (Arica y Parinacota, y Tarapacá) tienen las tasas más altas de contagios de VIH en el país. Además, destacan las elevadas tasas de la Región Metropolitana, Magallanes, Antofagasta, Los Lagos y Valparaíso, en orden decreciente, según el informe “Resultados confirmación de infección por VIH en Chile, 2010 - 2015”.

En 2010, Arica y Parinacota y Tarapacá ya tenían las tasas más altas del país, ambas con 34,8 contagiados cada cien mil habitantes, sin embargo, para 2015 esta cifra se incrementó considerablemente, llegando a una tasa de 54,4 en Arica y a 48,3 en Tarapacá. A estas dos regiones le sigue la Región Metropolitana, que cuenta con el tercer lugar a nivel nacional, con 39,2 casos confirmados por cien mil habitantes.

Tabla 3: Casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive) y tasas*, por región y año. Chile, 2010-2015.

Región	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Arica y Parinacota	61	34,8	79	44,2	73	40,0	86	46,2	76	40,1	105	54,4
Tarapacá	81	34,8	86	36,0	79	32,2	96	38,1	104	40,2	128	48,3
Antofagasta	113	24,6	129	27,6	120	25,2	150	31,0	159	32,3	169	33,8
Atacama	28	12,1	55	23,4	36	15,1	45	18,5	57	23,1	57	22,8
Coquimbo	85	14,8	88	15,0	114	19,1	124	20,4	141	22,7	144	22,8
Valparaíso	251	17,5	275	19,0	291	19,8	348	23,4	374	24,9	380	25,0
Metropolitana	1.802	32,0	1.770	31,0	1.940	33,5	2.291	39,0	2.397	40,2	2.367	39,2
L. B. O'Higgins	71	10,0	87	12,1	104	14,2	96	13,0	96	12,8	100	13,2
Maule	62	7,6	78	9,4	91	10,9	118	13,9	92	10,7	118	13,7
Biobío	160	9,6	237	14,0	256	15,0	295	17,1	260	14,9	302	17,2
Araucanía	68	8,8	60	7,7	80	10,1	83	10,4	65	8,0	118	14,5
Los Lagos	113	17,5	131	20,0	121	18,2	176	26,2	142	20,9	185	27,0
Los Ríos	41	12,9	32	9,9	43	13,2	39	11,8	42	12,6	55	16,4
Aysén	12	14,7	9	10,9	6	7,2	14	16,5	13	15,1	16	18,3
Magallanes	20	15,3	23	17,4	35	26,3	43	32,0	47	34,7	47	34,5
Total	2.968	21,4	3.139	22,3	3.389	23,7	4.004	27,7	4.065	27,7	4.291	28,9

*Tasas por 100.000 habtes. en base a Proyección de Población para ≥ 13 años INE , 2016.

Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.

¿Cómo se explica la situación del norte?

Los especialistas coinciden en que las razones que explican las altas tasas de contagio en el norte grande de Chile -que bordean los 50 contagiados por cada cien mil habitantes en promedio- son multifactoriales, y no están completamente esclarecidas. “No está enteramente aclarado por qué, porque en todas partes del país las personas tienen sexo no protegido, pero

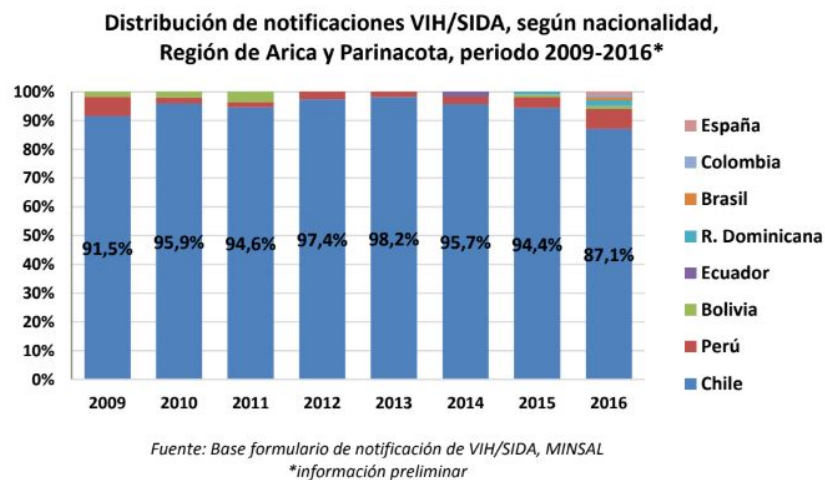
probablemente las situaciones de riesgo y exposición son más frecuentes”, señala el inmunólogo Carlos Pérez sobre esta situación.

Uno de los factores en que coinciden algunos profesionales de la salud es que en esa zona hay ciertos comportamientos de riesgo que podrían incrementar el contagio de VIH/SIDA. “Hay un tema de comercio sexual importante, a veces asociado a temas de alcohol y drogas que favorece que las personas tengan más exposición”, continúa el doctor Pérez. “Hay mucha drogadicción, hay mucho alcoholismo, hay tráfico de cosas. Van a tener sexo de Arica a Tacna, que es baratísimo. Por cinco lucas tienes un lugar y una persona con quien tener relaciones sexuales”, asegura la doctora Patricia Vásquez, quien coincide con el inmunólogo Carlos Pérez en que la drogadicción y el comercio sexual son factores que inciden directamente en las altas tasas de contagio en el norte grande.

Además de estos motivos, la doctora Cecilia Sepúlveda agrega que como Arica e Iquique son zonas limítrofes, hay más flujo de personas que se mueven de un país a otro. “Yo creo que tiene que ver con

zonas de frontera del país, donde hay bastante comercio sexual, llega mucha gente que puede estar un tiempo en Chile y después se va”, comenta. El doctor Beltrán afirma que, además de haber un “turismo sexual” en Arica, también el hecho de que sea zona minera influye en las altas tasas de VIH/SIDA.

También se ha dicho que la inmigración en Arica e Iquique ha contribuido en el alto contagio venéreo que hay en esas regiones. No obstante, el doctor Carlos Beltrán, presidente de la Corporación Sida Chile, desmiente esta afirmación. “Lo que pasa en estas regiones no es un problema de migración, como dijo un senador de la República. Es cierto que hay más VIH



en migrantes. Nadie sabe cuánto es la tasa de inmigrantes en Chile. Se supone que oficialmente es como el 3%, pero parece que el 5% de la población en Chile son migrantes, y de los casos nuevos de VIH como el 8% es de inmigrantes. Por lo tanto un poquito más que la tasa de inmigrantes. Podría ser un problema que es un poquitito más en los inmigrantes, pero el problema está en todo Chile”, asevera.

Según el informe “Vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria. Dpto. de salud pública y planificación sanitaria - Unidad de Epidemiología SEREMI de Salud Región Tarapacá”, publicado en 2016, “entre el 2010 y 2015 un 8,2% del total de casos notificados correspondió a personas extranjeras, siendo el 77% del sexo masculino”, tal como señala el doctor Beltrán.

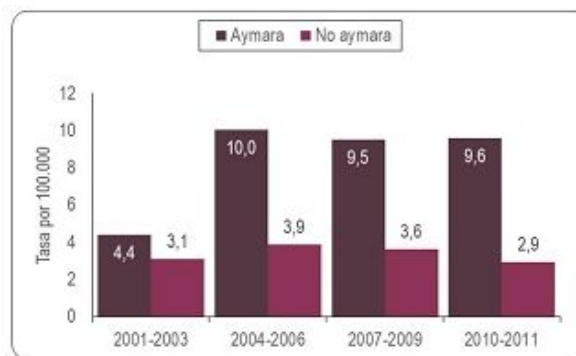
Lo cierto es que, en el caso de la Región de Arica y Parinacota, hasta el año 2016 más del 87% de los contagiados eran chilenos. En Tarapacá, “en 2016 las notificaciones en personas chilenas es de 90 casos, equivalente al 71,4% de los casos reportados y el 28,6% es en población extranjera (36 casos)”, de acuerdo al “Informe Vigilancia epidemiológica de Enfermedades de Notificación Obligatoria” de la Región de Tarapacá, publicado en el 2016. Es decir, en ambas regiones hay mayoría de chilenos diagnosticados seropositivos en el 2016.

El contagio entre la población indígena del norte grande del país también es un problema que va en ascenso, y Willy Morales desde RENPO ha podido recoger parte de las inquietudes de las personas viviendo con VIH pertenecientes a pueblos originarios de la región: “Allá en el norte grande es un tema, porque se preguntan: ¿Si yo vengo del altiplano a Arica, por qué atienden hasta las cuatro de la tarde, si el bus se va a las cinco? ¿Por qué no hay facilitadores interculturales que sean expertos en el mundo indígena joven para incidir en la toma del examen? Creo que hay que hacer una interculturalidad, y ahí podemos hacer una combinación para bajar esta tasa. Si ves el número del Censo, y el número de personas contagiadas, es casi la mitad del pueblo la que está con SIDA, y eso es grave”, afirma.

Ana Miles es médico jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos y alivio del dolor del Hospital Regional de Arica, Dr. Juan Noé, el único hospital público de la región. Antes de ocupar este cargo, se desempeñó en la Unidad de Atención y Control en Salud Sexual

(UNACESS), donde hizo un trabajo importante en relación al VIH en Arica y Parinacota, especialmente en el establecimiento de un nexo intercultural entre los pueblos indígenas de la zona y los centros de atención primaria. Es conocida en la región como “La doctora del pueblo”, y actualmente también integra el directorio de la Corporación Sida Chile.

La doctora Miles notó que estaba aumentando el número de contagios en Arica y Parinacota, especialmente en población aymara, y levantó una investigación para conocer los motivos de esta situación. Uno de los resultados que obtuvo fue alarmante: los aymaras tienen hasta tres veces más riesgo de morir por enfermedades asociadas a la enfermedad en relación a los no aymaras. Entre 2010-2011, las tasas de mortalidad por VIH/SIDA en la región eran de 9,1 por cada 100 mil habitantes, mientras que para el mismo período, los aymaras tenían un 2,9.



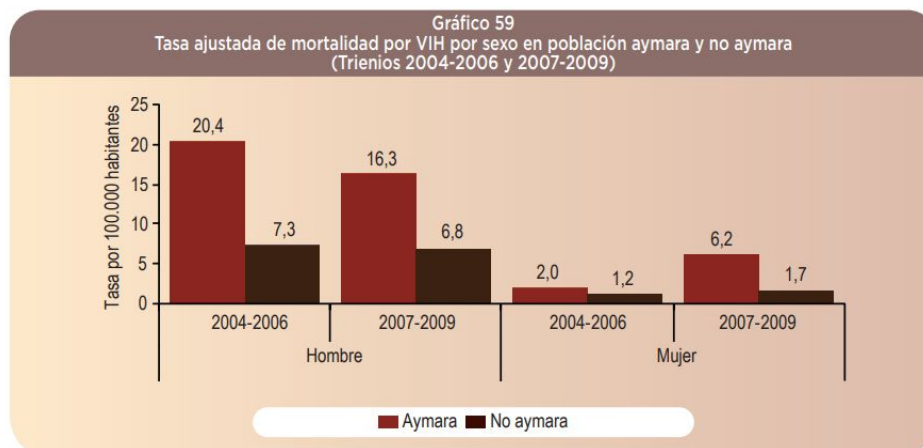
No obstante, esta información fue advertida anteriormente por un estudio realizado por la socióloga Malva Marina Pedrero, titulado “Situación de la salud de la población aymara en la región de Arica y Parinacota: Evidencias e inequidades étnicas en el norte de Chile”, implementado por la SEREMI de salud de Arica y Parinacota. En él, se señala lo siguiente:

“No existe información sobre la situación del VIH en poblaciones indígenas y tampoco sobre cómo esta enfermedad es vista entre ellos. Sin embargo, un informe del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas realizado en 2006 señalaba que ‘la pobreza, la marginación, la falta de poder político o social, la fragmentación de las relaciones familiares y de la comunidad, el aislamiento geográfico, las bajas tasas de alfabetización, la salud general deficiente, el acceso limitado a la atención de la salud’ los pone en una situación de mayor

vulnerabilidad frente al VIH; y enviaba una señal de alerta a los países por la falta de vigilancia epidemiológica sobre la enfermedad entre los pueblos indígenas”.

Sobre la percepción que tienen los aymaras sobre el VIH, continúa: “En Chile, un estudio sobre la percepción de la enfermedad entre aymara, rapa nui y mapuche mostró que ésta era conceptualizada como patología de los otros, externa y foránea. Según concluyen los autores ‘esta invisibilización del VIH/SIDA se constituye en un factor de vulnerabilidad por cuanto no permite que los miembros de los pueblos originarios se perciban en riesgo’ (CIEG, 2005)”. Esta información coincide perfectamente con la percepción que existe en el pueblo mapuche, según Willy Morales, y nuevamente saca a relucir la importancia de la interculturalidad en la prevención, educación y atención de salud, especialmente en lo que respecta a enfermedades de transmisión sexual, para que no sean más vistas como un problema ajeno.

Además, no deja de ser preocupante el alza de contagios de VIH que experimentaron las mujeres aymaras, al menos hasta el año 2008:



Fuente: Elaboración propia a partir de registros DEIS MINSAL

Sobre esta situación, la doctora Ana Miles dio la siguiente declaración a Corresponsales Clave, medio de Arica y Parinacota, el 18 de noviembre de 2015: “Lo que sí, (hay) algunos datos que me llamaron la atención. Por ejemplo, el caso que las mujeres aymara ganaban en el consumo de pasta base (de cocaína) respecto a los hombres. Y lo otro es el tema de la población envejecida. En las mujeres (aymara), también eran más las mayores de 50 años. Viene una tendencia más por ese lado”. Este uso de drogas, según la profesional, es relevante,

porque interfiere con la adherencia al tratamiento antirretroviral: “La adherencia (al tratamiento) es buena, pero la verdad es que cuando se cruza el tema (del uso) de drogas, de la pobreza y el tema de la tuberculosis con la variable indígena, es nefasto. Con los resultados, uno tiene la impresión que (los aymara) son a los que les va peor”.

Ángel Bolaños, Presidente de la Asociación Indígena Suma Qamañataki, que se centra en la prevención de la tuberculosis en el pueblo Aymara, señaló lo siguiente al mismo medio regional, el 8 de octubre de 2015: “Varios de nuestros familiares están afectados directamente y ellos esconden la enfermedad. No la dan a conocer. No la conversan abiertamente porque piensan que han fallado a los indígenas. Piensan que no es la forma como los educaron nuestros padres”.

Por otra parte, Hortensia Hidalgo, coordinadora nacional de Arica y Parinacota de RENPO, recalcó al mismo medio la lejanía en que viven las personas aymaras afectadas por el VIH/SIDA (principalmente en el altiplano), y cómo afecta esto en el retiro de la terapia antirretroviral, que solo se entrega en el hospital de regional, ubicado en Arica.

Una de las consecuencias de esta lejanía en que se encuentran los aymara respecto de los centros de salud podría ser el deteriorado estado de salud en el que llegan a atenderse los pacientes VIH+ pertenecientes a este pueblo originario: “Y una cosa que no se vio en el estudio, pero creo que hay que revalorar, es el diagnóstico tardío en población aymara. Creo que puede haber un diagnóstico más tardío respecto a la población general, pero por el acceso”, asevera.

Al igual que lo que sucede con el pueblo mapuche, de acuerdo a los datos entregados por la doctora Carolina Chahín, que trabaja en el hospital público de Temuco, la mayoría de los aymaras que viven con VIH se declaran heterosexuales, y se contagiaron vía sexual, ya que no tienen uso de drogas intravenosas. Además, la mayoría de ellos son jóvenes entre 20 y 30 años -al igual que lo que sucede a nivel nacional-, sin embargo, existe una importante cantidad de mayores de 50 años, que viven en la zona urbana de Arica, de acuerdo a los datos recopilados por la doctora Miles.

Finalmente, en la entrevista concedida por la doctora Miles a Corresponsales Clave, la profesional del Hospital Dr. Juan Noé concluye que la aplicación del test rápido en zonas rurales y urbanas podría mejorar la crítica situación que se vive en la región con respecto a contagios de VIH.

¿Qué dicen las autoridades?

Para Edith Ortiz, quien en agosto del 2017 era miembro del Programa de VIH/SIDA del Minsal, hay dos factores que han influido en que Arica e Iquique tengan las tasas más altas del virus en Chile. El primer motivo que entrega Ortiz es que como estas regiones son zona fronteriza, llega mucha gente de otros países por la atracción turística y laboral. En el caso de Iquique: “Todo lo que implique grandes migraciones, externas e internas, trae todas las condiciones que significa eso. Hay más comercio sexual”, argumenta. Por su parte, “Arica al estar deprimido económicamente, migró a otras regiones en busca de otras condiciones, y ese movimiento -poblaciones móviles que se les llama- también es una situación de exposición mayor al riesgo. Tiene condiciones que podrían explicar lo que hoy estamos viendo en Arica”, detalla Edith Ortiz.

La otra razón que reconoce Ortiz es de naturaleza administrativa: “Arica es una de las regiones que está haciendo más testeos en relación a su población. De hecho hacen más campañas de testeos en relación a otras regiones, por lo tanto diagnostican más”, indica. Este es el mismo motivo que entregan las autoridades regionales para explicar el aumento de los casos del VIH en el país.

Arica

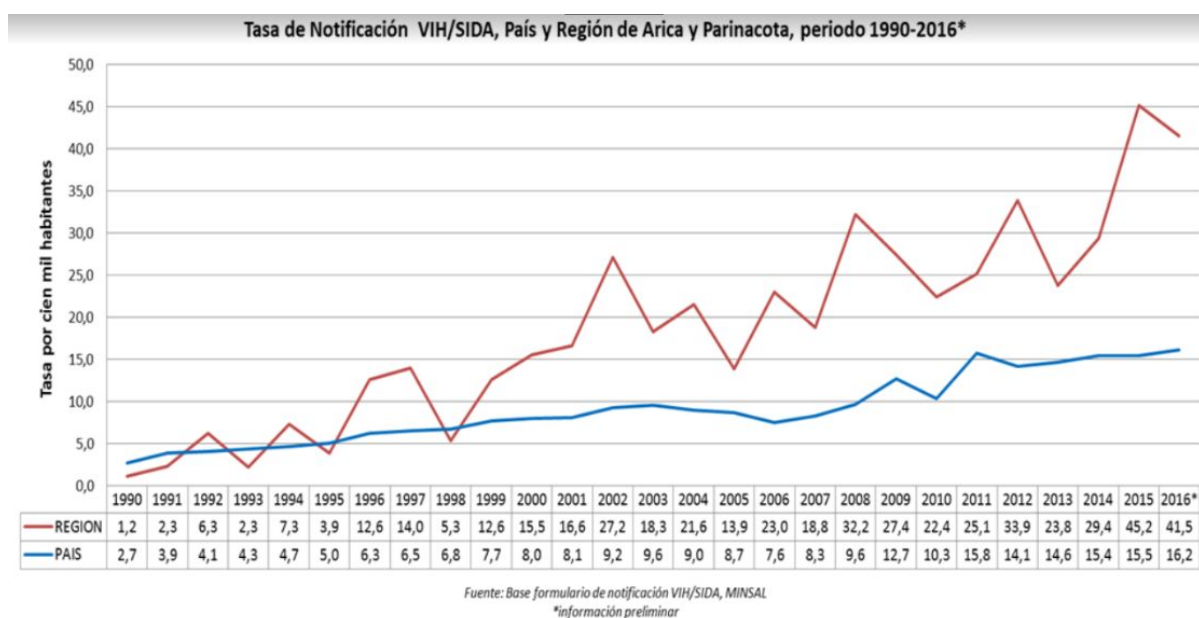
Desde la Secretaría Regional Ministerial (Seremi) de Salud de Arica también justifican la alta tasa regional con el buen índice de pesquisa de VIH que se hace en esta zona, por parte del Centro Comunitario Regional de Información, prevención y apoyo a la consejería (Cripac Arica). En él se atiende principalmente a jóvenes, de manera discreta (sin necesidad de consentimiento o acompañamiento de los padres en el caso de los menores de edad), y en horarios accesibles para la población trabajadora y estudiante en general, de tarde/noche

(posterior a horario de funcionamiento de los Cesfam). Tal como lo anuncia el nombre de este centro, en él se realizan testeos gratuitos de VIH, talleres de educación sexual, entrega de preservativos y consejería sobre VIH y otras ITS, entre otras actividades.

El CRIPAC de Arica “es un centro de detección, consejería y educación que depende de la autoridad sanitaria y que funciona fuera de todo lo que es la instalación de salud, cerca de las personas. Nos gustaría que fuera un modelo replicado por otras regiones”, señala Edith Ortiz.

El testeo de VIH/SIDA en la región de Arica y Parinacota aumentó de 286 a 18.105 los exámenes realizados por año, entre 2011 y 2016. Durante este período, la región fronteriza tuvo la tasa de VIH/SIDA más alta del país.

No obstante, la región aludida anteriormente a este rango temporal (2011-2016) ya tenía las tasas de VIH/SIDA más elevadas del país, desde 1999, y desde entonces aumentaron los casos sostenidamente, a un ritmo mayor que a nivel país, como indica el siguiente recuadro:



En el año 2000 la tasa notificados de VIH/SIDA de Arica por cada cien mil habitantes ya prácticamente doblaba la tasa nacional. La tasa país era de ocho contagiados cada 100 mil habitantes, mientras que la de Arica era de 15,5. Sin embargo, el momento más crítico se

vivió en 2015, cuando la tasa en Arica llegó a 45,2, mientras que a nivel país estaba en 15,4. Ese año, la tasa de Arica y Parinacota triplicó la nacional de ese año.

Desde el Servicio de Salud de Arica señalan que ellos realizan dos veces el test de VIH a embarazadas, y que por eso tienen esa elevada tasa. Según ellos, esta es la única región donde se testea dos veces a las gestantes, debido a una modificación que hicieron en la guía clínica en tanto a procedimientos. Además, argumentan que la menor cantidad de población que tienen, respecto a otras regiones, influye en sus altas tasas.

Iquique

Patricia Ramírez, quien en el momento de la entrevista se desempeñaba como Seremi de Salud de Tarapacá, afirma que en esta región no se ha hecho un estudio que esclarezca los motivos que expliquen por qué Tarapacá es la segunda región con la tasa más alta de VIH/SIDA en Chile.

Para ella, la falta de autocuidado y el no uso del preservativo -reflejado en los antecedentes que se manejan en el Minsal al preguntarle a las personas diagnosticadas seropositivas por qué adquirieron el virus- pueden ser una causa que explique las altas tasas en la zona.

“Otro de los factores que nosotros creemos es que ahora hay una mayor detección a través del examen, porque es más accesible. La gente puede que tenga más conciencia de que existe y puede solicitarlo en los centros de salud. Para la gente que es FONASA es gratuito el examen en cualquier centro de atención primaria o en el hospital regional. Es de forma espontánea, por una sospecha de algún médico, y en ese sentido, el que haya mejorado la accesibilidad es parte de lo que hacemos”, asegura la ex Seremi de Salud de Tarapacá.

Además, la ex secretaria regional asegura que han logrado educar a la población de Tarapacá con las campañas de prevención, centradas en el llamado a realizarse el test de VIH. Consideran que el impacto ha sido real, y que por eso la gente ahora solicita más el examen. “No vemos que haya otro riesgo específico como región, que haya aumentado las tasas o que haya una conducta de riesgo mayor. Son las mismas que se repiten a nivel regional: conductas

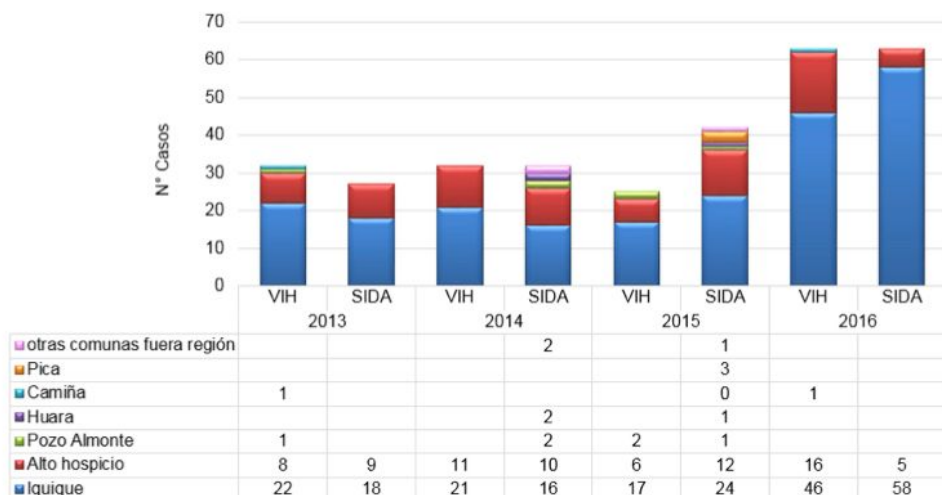
de riesgo como sexo no protegido a través de preservativo, comercio sexual, tener más de una pareja sexual -porque si tienes varias parejas sexuales y además no usas preservativo tienes más probabilidades de que se transmita la enfermedad-, y sabemos que eso es más habitual en las personas”, argumenta Ramírez.

Sin embargo, el “Informe Vigilancia Epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria”, preparado por el Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria en conjunto con la Unidad de Epidemiología del SEREMI de Salud de Tarapacá en 2016 da cuenta de una situación real que está sucediendo, donde podrían concentrarse las acciones para frenar esta alza de casos: el problema de la lejanía de ciertos poblados respecto a las grandes urbes donde se concentra la atención de salud.

Entre los años 2013 y 2014, la mayoría de las personas de Iquique se notificaban en etapa VIH, es decir, con el sistema inmunológico no tan debilitado, lo que influye en el éxito del tratamiento de rescate. Durante ambos años había una diferencia considerable entre la cantidad de personas que llegaban a atenderse con VIH versus los que llegaban en etapa SIDA, siendo estos últimos menores en cantidad.

No obstante, para ese mismo período la razón entre las personas notificadas con VIH y SIDA provenientes de Huara, Pozo Almonte y Alto Hospicio era mínima, ya que llegaban prácticamente en la misma proporción a atenderse a los centros de salud. Esta situación se traduce en una mayor cantidad de personas pertenecientes a comunas lejanas que llegaban muy debilitadas de salud a atenderse, lo que significa una menor posibilidad de rescatarlos en caso de casos críticos y, por ende, un más alto riesgo de mortalidad.

Gráfico N° 7 Distribución de casos VIH y SIDA según comuna de residencia. Región Tarapacá. Años 2013-2016

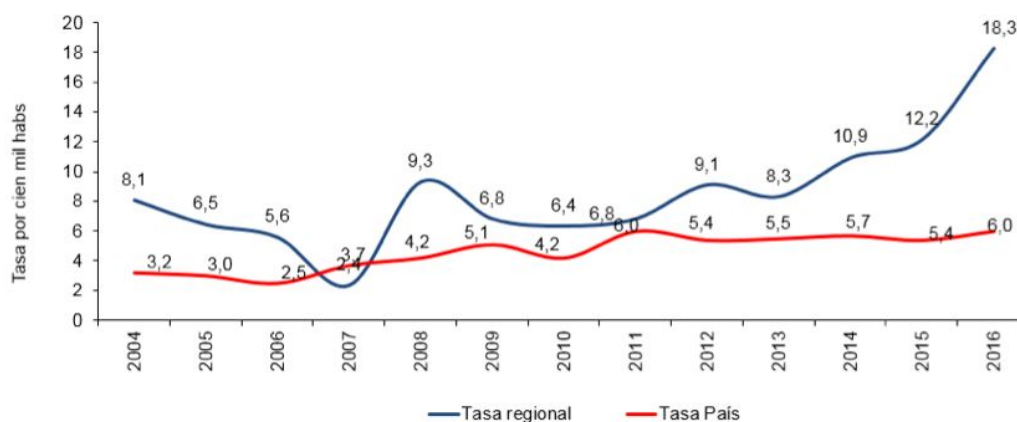


Fuente: Archivos Notificación On line Unidad epidemiología Seremi de Salud

Según la experiencia de la doctora Carolina Chahín y Willy Morales, este mismo patrón se repite en el sur del país, principalmente porque los tiempos de traslado a los centros de salud son muy extensos y tienen un valor más elevado, perjudicando las posibilidades de rescate de las personas que viven más alejadas de los centros regionales.

Este problema se enmarca en la elevada y sostenida cantidad de casos de SIDA que se dan en la región respecto al promedio nacional, desde el año 2013 hasta la fecha, de acuerdo a información extraída del “Informe Vigilancia Epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria”, preparado por el Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria en conjunto con la Unidad de Epidemiología del SEREMI de Salud de Tarapacá en 2016:

Grafico N°2. Tasa de notificación SIDA. Región Tarapacá y País. 2004-2016



Fuente:

Archivos Notificación On line Unidad epidemiología Seremi de Salud

Magallanes silenciosamente aumentó la tasa al doble

Según la última actualización de los casos confirmados con VIH/SIDA, la tasa más alta la tiene la Región de Arica y Parinacota, seguida de la Región de Tarapacá. “Pero si tú comparas el aumento de tasas entre el 2010 y el 2015, Arica e Iquique no fueron las que más aumentaron. Son las que tienen las tasas más altas, que ya venían de tasas muy altas. Magallanes aumentó de un 15 a un 37 por cien mil. Eso significa más del doble. Y a Magallanes no se le ha dado ninguna importancia. No es la más alta de Chile, la más alta es Arica. Pero la que más aumentó entre el 2010 y el 2015 fue Magallanes”, advierte el doctor Carlos Beltrán.

Las cifras oficiales del Minsal avalan la conclusión del doctor Beltrán. En la Región de Magallanes el número de casos confirmados de personas seropositivas se duplicó: mientras el 2010 la tasa era de 15,3 casos cada cien mil habitantes, para el 2015 esa cifra aumentó a 34,5.

Jaime Paradis, presidente de la Agrupación Hain de Punta Arenas, que se dedica a otorgar ayuda a las personas notificadas con VIH en la región, tiene sus teorías para explicar esta situación.

Sostiene que uno de los factores que ha incidido en que la Región de Magallanes haya aumentado la tasa de contagio de VIH/SIDA es la población flotante, personas que llegan, grupos de Fuerzas Armadas o trabajadores que van a la región a desarrollar trabajos por una temporada y después regresan a su lugar de origen.

Además, asegura que faltan políticas públicas, como la educación sexual, para solucionar el problema desde la base, y esto no se da exclusivamente en relación al VIH. La falta de políticas públicas han provocado otras situaciones alarmantes: “Aquí hubo un año en que tuvimos sífilis, hepatitis. Hubo un año en el que en un semestre tuvimos 20 personas con Hepatitis B, y eso para Magallanes es mucho”, comenta, en relación a la cantidad de población que tiene la región con respecto al resto.

Las campañas tampoco han ayudado, asegura el presidente de la Agrupación Hain. No son eficientes y las personas no se sienten identificadas con los mensajes, porque son subliminales y poco directos. Chile sigue siendo un país conservador, en donde todavía se critica la inclusión del país en las campañas, según él.

La lejanía de la Magallanes respecto a la capital del país, y el centralismo administrativo, también ha sido un factor que no ha ayudado a mejorar los índices de las ITS. “Lamentablemente, la llamada descentralización del Estado nunca se ha hecho. En temas sanitarios y de salud (en Magallanes) ha sido una región muy afectada, no sólo en VIH. Llegamos a un punto en el que ni siquiera teníamos oncólogos cuando teníamos una de las tasas más altas de cáncer, por poner un ejemplo”, critica.

Tampoco hay una infraestructura ni un equipo exclusivo para ejecutar programas eficientes para combatir esta situación. “No tenemos infraestructura en el hospital. Cuando hicieron el diseño del hospital se consideró un área para atención de infectología, pero lo que escribieron con la mano lo borraron con el codo, porque cuando llegó la hora de entregar el hospital, no existía el área de infectología”, indica.

Además, en su experiencia como presidente de la Fundación Hain, las autoridades no se han pronunciado. “En el último periodo de gobierno (2014-2017), el intendente de la región

que era médico, que fue director del Servicio de Salud de Magallanes y que tuvo muchas responsabilidades en el área de la salud nunca -durante los cuatro años de intendente- se hizo presente en ninguna acción relacionada con el VIH/SIDA”, denuncia Jaime Paradis.

El pueblo olvidado

Willy Morales comenzó su historia como activista desde Chiloé, Región de Los Lagos. Desde ahí ha constituido la lucha por los derechos de las personas viviendo con VIH, a partir de la Red Nacional de Pueblos Originarios en respuesta al VIH (RENPO), en alianza con personas pertenecientes a los nueve pueblos originarios reconocidos en Chile, de diferentes lugares del territorio nacional.

Su lucha desde la isla grande de Chiloé no ha sido fácil, ya que debe derribar a diario las desventajas de vivir alejado y en zonas donde prácticamente “todos se conocen”. “Yo vivo en Chiloé, en Castro, y es un consultorio para toda la isla, y en ese consultorio yo conozco a todos los que trabajan ahí, osea, ¿de qué manera podemos resguardar la identidad ahí, como dice la ley?”, afirma.

La campaña de prevención del VIH/SIDA incluyó por primera vez a los indígenas en 2017. Nunca los había considerado sujetos de riesgo anteriormente, a pesar de que el Minsal estaba enterado de que en esta población las cifras iban en aumento, especialmente en las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá y Los Lagos, la región de Willy. A pesar de esto, el único trabajo que hizo el Minsal en conjunto con los pueblos originarios fue un afiche, “Y nos dimos cuenta que el afiche está guardado en las dependencias de las SEREMIS de cada región”, sostiene Willy.

“Los indígenas se sienten muy ajenos al VIH, y la culpa la tiene el Estado de Chile. Con esta nueva pandemia (el Estado) está en deuda porque no ha hecho campañas con personas indígenas, en lengua indígena... Sólo consideran al pueblo indígena para folclor”, critica Willy Morales, apuntando a un punto crucial: el lenguaje. “Las tasas más altas de contagiados indígenas son Temuco, Arica, Los Lagos, que son lenguas vivas, y no se hizo nada en lenguas originarias, sabiendo que nosotros les dimos la oportunidad. Nos conseguimos gratis los

estudios de las radios locales para poder grabar, pero no había voluntad política”, recuerda Willy.

Comenta que la atención, el sistema y las campañas están orientadas a los chilenos, no a los indígenas, y esto ha provocado muertes que pudieron ser evitadas. “Yo he visto gente adulta que no habla español (solo mapudungún), y el médico no haya que hacer, porque nuestra Ley de SIDA dice que la atención tiene que ser personal. ¿Y si hay un extranjero que habla en otra lengua, o una persona sorda o muda?”, señala.

Él incluso fue parte de una situación de esta naturaleza. “Esta persona estaba en la UCI, estaba muy mal, no podía iniciar un tratamiento de rescate porque tenía que firmar y entender lo que era... Yo fui y le traduje lo que estaba pasando, y resultó. Firmó y se inició el rescate. Ahora está bien, pero ahí hay un ejemplo de que no hay políticas sanitarias para los pueblos indígenas”, comenta el director de RENPO.

La doctora Cecilia Sepúlveda, especialista inmunóloga del Hospital Clínico de la Universidad de Chile coincide con Willy en que no se ha hecho un trabajo focalizado en los pueblos indígenas, por lo que han quedado fuera de las políticas de prevención, tamizaje y tratamiento. “En el sur de Chile yo creo que no se ha hecho un trabajo orientado específicamente hacia los pueblos indígenas, que sabemos, tienen cosmovisiones diferentes de lo que son las enfermedades. Incluso tienen sus propias formas de enfrentar las enfermedades con machis y curanderos. En las zonas del norte además está el problema de que muchos de estos grupos indígenas están geográficamente muy aislados”, asegura la profesional.

Para el Estado, los pueblos originarios no son un grupo clave ni son considerados sujetos de riesgo, sostiene Willy Morales. Han faltado las políticas públicas que incluyan a jóvenes, mujeres e indígenas, y ahora ese déficit se ha evidenciado en el aumento de personas diagnosticadas seropositivas. “Ellos dicen que la epidemia en Chile es concentrada. Es verdad, pero, ¿por que ahora aumentó (el VIH) entre las mujeres? Los hombres que tienen sexo con hombres se detuvieron donde están, ellos sí escucharon el mensaje. Subieron los jóvenes, y por primera vez los pueblos originarios tienen tres veces más riesgos de morir por

SIDA que los no indígenas. ¿El por qué? Bueno, vivimos en zonas aisladas. ¿Cuándo se ha hecho una campaña para pueblos indígenas en prevención de VIH?”, añade el activista.

La doctora Carolina Chahín, médico internista y jefa de la unidad de infectología del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, trabaja con las personas seropositivas de la Región de la Araucanía. De acuerdo a lo que ha recogido de los testimonios de las personas mapuches a las que trata, ven el VIH como una “enfermedad del huinca”, ajena a ellos, al igual que otras enfermedades, como el Hantavirus. “Esto tiene que ver con otro riesgo: el joven mapuche, como hay poca oferta laboral, se va a trabajar a Santiago, a cualquier trabajo menor sin previsión ni servicio social, y una vez que ellos se infectan se vienen acá donde la familia para que los cuiden, y así me llegan a mí”, sostiene la doctora.

El estudio “Etnia mapuche como determinante social de acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno en el VIH/SIDA, Chile”, realizado por la Universidad de La Frontera, asegura que “las personas mapuches hombres y mujeres con VIH son más jóvenes, la mayoría son hombres jóvenes, heterosexuales, de edad económicamente activa, y trabajadores no calificados”, coincidentemente con lo señalado por la doctora Chahín. Además, concluye que la mayoría de las mujeres son dueñas de casas y que “los mapuches tienen mayoritariamente una pareja sexual, tienen menos consumo de drogas y ejercen menos comercio sexual”. A raíz de lo anterior, el perfil de los mapuches contagiados y los factores de riesgo son totalmente diferentes al de las personas no mapuches.

Un dato preocupante que arrojó el estudio es la demora con la que los pacientes mapuches con VIH/SIDA descubren que están viviendo con la enfermedad. “La mediana del CD4 de ingreso al cuidado es de 233 células, sin embargo, existen diferencias en la condición de ingreso de los pacientes mapuches; el 25% de ellos ingresa con 51 células o menos, a diferencia de los no mapuche que ingresaron con 76 células o más”. Esto quiere decir que los mapuches ingresan a tratamiento más tardíamente que los no mapuches, probablemente por las trabas geográficas que deben superar para llegar a los servicios de salud. De esta manera, llegan con la enfermedad más avanzada en comparación a los pacientes no mapuches, y la posibilidad de compensar su salud es más compleja.

Para mejorar esta situación, la doctora Chahín asegura que las políticas para la población mapuche tienen que ser distintas. “Yo estoy convencida que no tenemos que esperar que los mapuches vengan al hospital, porque para ellos el hospital es grandioso, no conocen el idioma, están alejados y la gente los mira mal por cómo están vestidos. Nosotros deberíamos darles la posibilidad de testearse a la comunidad, como se hace en África: testeo “al tiro” y tratamiento “al tiro”. Chile tiene las competencias técnicas para hacer eso, tiene los recursos”, asevera.

Con ella se atienden personas mapuches que a veces viajan tres horas en promedio para llegar al hospital, a pesar de la lluvia y el mal clima. “Ese modelo de atención hay que cambiarlo en el tema del VIH si lo queremos controlar, tenemos que acercar la medicina a los pacientes”, dice. “Recuerdo un paciente mapuche de la zona costera de Nueva Imperial, un cabro de 26 años. El día en que llegó al hospital se murió en el box de urgencias. Llevaba dos años consultando. Al final a alguien se le ocurrió pedirle un VIH, pero murió en el box, no alcanzamos a atenderlo”, relata.

La sexualidad se vive de otra manera

Para Willy Morales, el hecho de que la sexualidad en el pueblo mapuche se viva de manera diferente a los “huincas” también es un factor de riesgo que se podría combatir con un cambio cultural de percepción respecto al uso de condón. “La sexualidad en los pueblos indígenas no tiene tanto tabú como tienen los chilenos. No es como “fiel hasta la muerte”, señala.

Para los mapuches, el uso de condón atenta contra la reproducción de su cultura, al evitar los nacimientos. Es por este motivo que no lo utilizan. “Donde yo vivo está la sensación de extinción, osea, una mujer que tiene hartos hijos es muy bien vista, y uno puede encontrar niñitos de diferentes apellidos”, afirma Willy respecto a su cultura.

Las infecciones de transmisión sexual son vistas como lejanas por los mapuches -al menos de la comunidad de Willy-, y por eso no hacen una prevención exhausta, además de porque tampoco el Minsal ha tenido intenciones de acercar el condón (masculino ni femenino) a esta cultura. “En ITS hay una visión del pueblo indígena que viene de historias desde la invasión

española, pero no está esto de la protección. Es necesario conversar esto, pero si el estado no busca la manera adecuada para tocar estos temas, es difícil”, sostiene Willy.

Este no uso de condón también repercute sobre las personas mapuches que tienen sexo homosexual, propiciando la posibilidad de que se transmita el virus. “Las personas homosexuales son personas con dos almas en nuestra comunidad mapuche/huilliche, son valoradas, muy bien vistas, y pobre del mapuche que los moleste. ¿Cómo voy a estar en contra de estas prácticas?”, afirma Willy.

LA INVISIBILIDAD DE VIVIR CON VIH EN EL CHILE DE HOY

Los jóvenes, las mujeres, los indígenas y los habitantes de las zonas extremas del país han sido grupos que silenciosamente han aumentado sus tasas de contagio. Nadie habló de ellos ni se tomaron las medidas que correspondían para evitar que el virus se siguiera propagando. Se pudieron haber evitado miles de casos si las autoridades hubiesen tomado las precauciones necesarias. Y como siempre, especialmente en la salud, los marginados y grupos más olvidados en Chile han sufrido las consecuencias.

El VIH/SIDA sigue en alza. A los niños y jóvenes se les sigue negando el derecho a la educación sexual, el virus sigue siendo catalogada como una enfermedad que solo le da a personas que tienen hábitos sexuales “indebidos” y sigue siendo una condición que, para muchos, es mejor ocultar. Sin duda, hay muchos aspectos en los que hay que avanzar.

La dignidad de las personas no depende de su seropositividad, y en Chile esto es algo en lo que hay que seguir trabajando. No se puede seguir permitiendo que se discrimine a alguien solo por estar enfermo, o que se le ignore brutalmente, llegando incluso algunas personas a perder la vida en el intento por ser escuchados y escuchadas.

Es tarea de todos sensibilizar y sentir el VIH como algo que no es ajeno, que podría llegar a la vida de cualquiera, sin distinción de clase social, género, edad o lugar de residencia. Sensibilizar para prevenir y acompañar a aquellos que ya viven con la enfermedad, que sin duda necesitan este acompañamiento para lidiar con la carga emocional y social que trae consigo.

Responsabilidad y autocuidado son las palabras que más cobran sentido ante el panorama al que nos enfrentamos actualmente. Vivimos una crisis, pero debemos poner en uso las herramientas que tenemos a mano para frenar el contagio acelerado que se está dando, y exigir las que aún faltan.

Exijamos la venta y entrega del condón femenino, pero también aportemos al cambio cultural necesario para que negociar el uso de condón con los hombres no sea algo natural,

sino que se entienda que es un método de prevención compartido y necesario para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Vivamos nuestra sexualidad responsablemente con nosotros mismos y con el resto, para que en el futuro las generaciones no vivan la desinformación que se ve actualmente y el contagio de VIH se desacelere y, en algún momento, se detenga.

Por último, pero no menos importante, cuidemos a nuestros pueblos originarios y pongamos a su disposición la información y elementos necesarios para que su cultura no desaparezca ante la negligencia de las instituciones gubernamentales y el no reconocimiento de la multiculturalidad en nuestro país. No actuar ante la situación que actualmente están viviendo los pueblos originarios con respecto al VIH nos convierte en cómplices de genocidio silencioso.

BIBLIOGRAFÍA

La preocupante realidad del VIH en Chile

- DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C. (DEMYSEX), INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. “Evaluación de la declaración ministerial ‘Prevenir con educación’ su cumplimiento en América Latina 2008-2015. Prevenir con educación. México, 2015”.
- LEY N° 20.418. Chile. Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad”. Ministerio de Salud. Santiago, Chile, 28 de enero de 2010.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CHILE (MINEDUC). “Currículum Nacional del Ministerio de Educación”
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (MINSAL). “Campañas de Comunicación Social para la Prevención del VIH/SIDA (1991-2017)”, 2018
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (MINSAL). “Encuesta Nacional de Salud (2017-16)”, 2017
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (MINSAL). “Guía Clínica AUGE - VIH”, 2013
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (MINSAL). Resultados confirmación de infección por VIH en Chile, 2010 - 2015. Boletín vigilancia de laboratorio boletín vol. 6, no. 11, noviembre 2016.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (MINSAL). “Resumen de las campañas de prevención del VIH/SIDA (1991-2009)”
- ONUSIDA. “Ending AIDS, progress towards the 90-90-90 targets”, 2017
- ONUSIDA. “Monitoreo global del SIDA 2018: Indicadores para el seguimiento de la declaración política de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA de 2016”, 2017
- RED DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (RedTraSex). “Guía para el abordaje periodístico del trabajo sexual y las trabajadoras sexuales”, 2017

Los jóvenes y el VIH/SIDA

- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (ISP). “Resultados confirmación de infección por VIH en Chile, 2010 - 2015”, Boletín volumen 6, N°11. 2016.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD (INJUV). “Encuesta Nacional de la Juventud, 2015”, 2017
- LEY N° 19.779. Chile. Ley del SIDA. “Establece normas relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas”. Ministerio de Salud. Santiago, Chile, diciembre de 2001.

Las mujeres también tienen VIH

- CARRASCO, M; VIDAL, F. “Mujeres Chilenas viviendo con VIH/SIDA: Derechos sexuales y reproductivos”, 2004
- CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, VIVO POSITIVO. “Dignidad negada: violaciones en los derechos de las mujeres VIH positivas en los establecimientos de salud chilenos”, 2011
- LEY N° 19.779. Chile. Ley del SIDA. “Establece normas relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas”. Ministerio de Salud. Santiago, Chile, diciembre de 2001.
- LEY N° 19.779. Chile. Ley del SIDA. Decreto 182, art. 5, inc. 2, 2005. Ministerio de Salud. Santiago, Chile, diciembre de 2001.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). “Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis”, 2012.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). “Protocolo de atención integral en salud sexual y reproductiva a mujeres viviendo con VIH”, 2011
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). “Reglamento del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana. Decreto 182 de 2005”, 2007.
- SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA - MINISTERIO DE SALUD. “Estudio de Caracterización de mujeres recientemente diagnosticadas con VIH/SIDA de las regiones de Arica y Parinacota, y Metropolitana”, 2014

El VIH/SIDA está en todo el país

- DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA- UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA - UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA. “Etnia mapuche como determinante social de acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno en el VIH/SIDA, Chile”, [s.a].
- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (ISP). “Resultados confirmación de infección por VIH en Chile, 2010 - 2015”, Boletín volumen 6, N°11. 2016.
- SEREMI DE SALUD REGIÓN DE TARAPACÁ. “Situación de la salud de la población aymara en la región de Arica y Parinacota: Evidencias e inequidades étnicas en el norte de Chile”, 2014.
- SEREMI DE SALUD REGIÓN TARAPACÁ, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA. “Informe Vigilancia epidemiológica de Enfermedades de Notificación Obligatoria”, 2016
- SEREMI DE SALUD REGIÓN DE TARAPACÁ, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA. “Vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria. Dpto. de salud pública y planificación sanitaria”, 2016.