



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

¿ES POSITIVO SABER?

La deuda del Estado chileno en la prevención del VIH/SIDA

MATÍAS IGNACIO MARÍN JORQUERA

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA

Categoría: crónica

PROFESORA GUÍA: XIMENA PÓO FIGUEROA

SANTIAGO DE CHILE

DICIEMBRE DEL 2021

Índice

ÍNDICE	2
AGRADECIMIENTOS	3
LA NECESIDAD DE CONTAR CON DIFERENTES ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.....	4
CAPÍTULO I:.....	7
ESTRUCTURAL: INTERVENCIONES QUE PROMUEVEN UN AMBIENTE PROPICIO.....	7
FEMINIZACIÓN DE LA EPIDEMIA: LAS MUJERES CON VIH EXISTEN	8
LEYES PARA PROTEGER LOS DERECHOS.....	13
CAPÍTULO II.....	20
COMPORTAMENTAL: INTERVENCIONES QUE PROMUEVEN UN COMPORTAMIENTO SALUDABLE.....	20
DETERMINACIONES SOCIALES DE LA SALUD	21
EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL	27
SILENCIO ES MUERTE: EL ROL DE LA SOCIEDAD CIVIL.....	34
CAMPAÑAS COMUNICACIONALES DE PREVENCIÓN	40
CAPÍTULO III	47
BIOMÉDICOS: LAS INTERVENCIONES CON MÉTODOS CLÍNICOS Y MÉDICOS	47
BARRERAS EN EL ACCESO: LAS BAJAS CIFRAS EN EL USO DE PRESERVATIVOS	48
PRUEBAS DE DETECCIÓN: LA ESTRATEGIA DEL TEST RÁPIDO	53
INFANCIA SEROPOSITIVA.....	60
PROFILAXIS DE PREEXPOSICIÓN.....	66
INDETECTABLE ES IGUAL A INTRANSMISIBLE.....	71
¿ES POSITIVO SABER?	76
ENTREVISTAS.....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecerle a mi familia por entregarme las herramientas para ser una persona integral. A mi papá por enseñarme la perseverancia y el optimismo. A mi mamá por mostrarme la fuerza de mujer y las ganas de superarse cada día. A mi hermana Javi por entregarme la confianza y la empatía. Finalmente, a mis hermanos Noelia y Agustín y a mi sobrina Julieta, a quienes amo como si fueran mis propios hijos, y quienes han sido un motor y fuerza de cambio constante en mi vida, la que me entrega la necesidad de querer un futuro con dignidad para todas las personas, sin condiciones. Porque creo firmemente que las nuevas generaciones merecen crecer en un mundo mejor y que sea garante de los Derechos Humanos, sexuales y reproductivos.

También quisiera entregar agradecimientos a todas las personas que colaboraron con este trabajo periodístico, con sus propias historias de vida, sus dolores, angustias y miedos, pero también con la esperanza y la alegría, así como también, la rabia y la indignación. Agradezco poder haber recopilado sus testimonios, como muestra de la importancia de la organización y el trabajo colectivo, porque si existen tratamientos para el VIH, si hay investigaciones avanzadas sobre la infección, es gracias a esa rabia, a esos dolores y también a la esperanza propia de la sociedad civil.

Gracias por enseñarme la importancia de transformar mis propias emociones en ideas para cambiar el presente.

La necesidad de contar con diferentes estrategias de prevención

Cuando se descubrió el origen del extraño cáncer que sólo afectaba a hombres que tenían prácticas sexuales homosexuales, en 1981, nadie podía imaginar lo que pasaría con la infección cuarenta años después. Durante el 2020, cerca de 1.5 millones de personas adquirieron el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lo que en el recuento global indicaba que 37,7 millones de personas vivían con VIH en el mundo hasta ese mismo año. De otra forma, se podría señalar que alrededor del planeta viven con el virus, una población similar a la estimada en Marruecos y un poco menos de habitantes que en Canadá (de acuerdo con los datos poblacionales estimados por el Banco Mundial).

Al observar las estadísticas globales, también es posible apreciar que durante el 2020 fallecieron aproximadamente 680 mil personas, a causa de enfermedades provocadas por el SIDA. Porque el avance científico en tratamientos para controlar el virus ha favorecido la transformación hacia una infección crónica, pero no quita el hecho de que el acceso a los tratamientos y a las estrategias de prevención siguen sin ser para todas las personas. De hecho, si vivieran todas (las personas) en el mismo país, solo 28,2 millones (de las 37,7) tendrían acceso a la medicación. Este hecho en particular del acceso al tratamiento es una de las principales preocupaciones que siempre han existido para las personas que viven con el virus.

En Chile, sin ir más lejos, durante fines de los 90' y principios de los 2000 (antes de que existiese legislación para resguardar los derechos de las personas seropositivas) quienes podían acceder a la terapia eran aquellas que salían sorteadas a través de una tómbola, o bien, quienes tenían el dinero para poder costear las pastillas.

Aunque la legislación ha avanzado y existen las Garantías Explícitas en Salud (GES) para las personas con VIH, aún existen problemas sin resolver. Por ejemplo, lo que sucede con el estigma o la discriminación que sufren tanto en el entorno educacional, laboral, social, familiar, entre otros. Tampoco se ha podido garantizar el acabar con los nuevos casos, los que durante la última década en Chile han tenido un fuerte incremento. Este tipo de problemáticas son respondidas, generalmente, desde el mundo de la academia y de la ciencia, que, si bien son

relevantes para conocer ciertos aspectos de la infección, no necesariamente muestran la realidad.

Las historias de personas seropositivas son muy importantes al momento de abordar la problemática del VIH. Y no es una frase antojadiza, puesto que, son las personas seropositivas quienes han debido vivir los efectos secundarios de las pastillas, quienes han visto morir a sus pares por la falta de medicación, quienes han sobrevivido durante cuarenta años a una epidemia que ha tenido escasas respuestas gubernamentales y estatales, ya sea por falta de recursos económicos, por motivaciones políticas o religiosas, o bien, por nulo interés. Lo cierto es que, la historia de cada persona que vive con el virus puede abordar alguna estrategia de prevención fallida. Porque con cada caso nuevo de VIH, hay un Estado que no impulsó iniciativas para que esa persona no viviera con un virus crónico.

Mi intención personal para abordar la prevención surge de la necesidad de comprender cuáles han sido los errores que se han cometido durante treinta y siete años en el país (desde el primer caso reportado en 1984). Es por esto, que se ha utilizado como base para cada capítulo, las diversas iniciativas estructurales, comportamentales y biomédicas que existen a nivel global para fomentar la prevención de la infección.

La estrategia de prevención combinada se ha desarrollado porque se ha entendido que no todas las personas son iguales, sino que somos diferentes. Hablar desde la diferencia plantea la necesidad de generar más de una estrategia, porque si existiese una única forma de prevención, esta no abarcaría a una heterogeneidad de población.

Las crónicas que aquí se reúnen, buscan visibilizar esa diferencia, porque no hay un estereotipo de cómo son las personas que viven con el virus y probablemente mi historia personal con el VIH no se parece en nada a las historias que aquí se relatan, ya que existe una variedad de problemas y soluciones. Para ello se ha utilizado la técnica de la entrevista estructurada a doce personas distintas, cada una con su historia que la acerca o la aleja del virus.

Cabe destacar que no todas las personas que aparecen viven necesariamente con el virus, sin embargo, su formación profesional o activista les ha acercado a trabajar desde la sociedad civil, en conjunto con las personas seropositivas, historias que también son necesarias de destacar, para conocer por qué decidieron insertarse en la seropositividad.

Finalmente, la intención de estas crónicas es también quitar esa visión lúgubre y negativa con la que se carga las campañas de prevención de VIH, visibilizar historias de personas reales, con problemas verdaderos y cotidianos, que viven en colores y no en negro y blanco, con una cinta roja en la frente.

Capítulo I:

Estructural: Intervenciones que promueven un ambiente propicio

Durante el mensaje del Estado de la Unión, dado por el presidente George W. Bush en 2003 se anunció la creación del Plan de Emergencia del presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (Pepfar por sus siglas en inglés). Dicho plan buscó establecer un apoyo internacional para acabar con el SIDA, lo que significó un cambio en las estrategias globales que hasta ese momento existían.

El Pepfar dio paso en 2009 al Grupo de Referencia de prevención de la infección por el VIH de Onusida. Lo que podría considerarse la base para la creación de la estrategia de prevención combinada, la cual fue mencionada como tal en 2015 con el Informe Anual del programa de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA, titulado “Onusida: acción acelerada para la prevención combinada”.

La estrategia de prevención abordada desde tres aristas ha buscado disminuir las nuevas infecciones anuales globales a través de intervenciones estructurales, comportamentales y biomédicas.

Las primeras intervenciones tienen relación con la importancia de contar con un ambiente propicio a nivel estructural, por lo que apunta hacia las normativas y políticas públicas para resguardar los derechos de las personas con VIH y de aquellas personas que deseen conocer su estado serológico a través de la toma de muestras. Por otra parte, estas intervenciones también buscan acabar con la violencia de género hacia las mujeres y disidencias sexuales, ya que de esta forma se podrían elaborar estrategias comportamentales y biomédicas que alcanzaran correctamente a las poblaciones mencionadas.

Si las estrategias de prevención no se enfocan en personas clave para el virus, no se podrá acabar con la epidemia del VIH.

Feminización de la epidemia: las mujeres con VIH existen

Catalina Pérez es una joven de 28 años, oriunda de Putaendo en la Región de Valparaíso, actualmente está en proceso de obtener su título de kinesióloga a través de la realización de la práctica profesional (internado). Tiene un hijo de dos años ocho meses que vive con el papá, ya que este último no ha permitido que Catalina sea quien tenga la tutela legal del niño. Pese a que mientras estaban juntos nunca tuvo problemas con que Catalina fuera seropositiva, en medio del juicio por la tutela de Miguel ha utilizado este argumento para demostrar ante los tribunales de familia que ella “es un peligro para la salud de su hijo”, de acuerdo con los documentos presentados para no darle visitas ni mucho menos el cuidado de Miguel a la madre.

Hace nueve años, en 2012, falleció la pareja de una prima de Catalina sin tener muy claro por qué. Con la autopsia se demostró que la causa de muerte habían sido enfermedades que, generalmente, se asociaban al SIDA. Esta situación hizo que en la familia Pérez iniciara una “trazabilidad” para saber si tanto Catalina como su prima también vivían con VIH. Esto último, debido a que la pareja que Catalina tenía en ese entonces había mantenido relaciones sexuales con Carla, su prima.

Con la insistencia de su madre encima, además de la duda por conocer su estado serológico, decidió ir a un servicio asistencial para realizarse el examen. Aunque Catalina creía que era imposible que ella también viviera con el virus ya que siempre había aprendido que esta infección sólo afectaba a hombres gays.

La educación sexual que había recibido en su educación básica y secundaria estaba enfocada en la prevención del embarazo, por lo que se hablaba de que era necesario utilizar preservativo, pero no para la prevención de infecciones de transmisión sexual, sino que para no tener un embarazo sin planificación.

Cuando Catalina recibió su diagnóstico positivo de VIH decidió no contarle a nadie; dijo que le había salido negativo para evadir las preguntas de su mamá. Mantuvo su diagnóstico oculto hasta 2015, cuando su pareja fue hospitalizada debido al debilitamiento en su sistema inmune, lo que hizo imposible ocultar que ella también vivía con el virus.

Fue así como inició su primer tratamiento, el cual debió abandonar seis meses después debido a los efectos secundarios que le provocaba. Tenía vómitos recurrentes y dolor de estómago,

pero lo que más le complicaba era que el medicamento le había provocado una coloración amarillenta en los ojos, uno síntoma recurrente en personas que inician el tratamiento. A raíz de lo anterior, Catalina volvió a iniciar un nuevo tratamiento dos años después, cuando empezó a tratarse en la Fundación Arriarán. Desde ese momento ha logrado mantener la indetectabilidad hasta la actualidad.

De acuerdo con las proyecciones elaboradas por Onusida para la situación epidemiológica de Chile, a 2020 se proyectaba catorce mil mujeres con VIH para un universo de 77 mil personas. Es decir, las mujeres representaban hasta el 2020, cerca del 18 por ciento del total de casos en el país. Esta situación no es casualidad. De hecho, la prevalencia del comportamiento del virus en Chile señala que éste siempre ha estado concentrado en los grupos de poblaciones clave presentes.

Pese a lo anterior, las mujeres con VIH siempre han existido. De hecho, en el libro “El peso de la sangre: viaje personal al SIDA”, del periodista Juan Luis Salinas, se detalló que el 22 de octubre de 1986 falleció Gladys en Valparaíso, la primera mujer chilena cuyo diagnóstico fue VIH. Es decir, dos años y dos meses después de que falleciera el primer caso documentado en el país, ya estaba el registro del primer caso de una mujer con el virus.

Lo cierto es que el comportamiento del virus ha operado de forma distinta en cada país, de hecho, en África subsahariana, las mujeres entre 15 y 24 años tienen el doble de probabilidades de vivir con el virus que sus pares hombres, además, las estadísticas actualizadas a 2020 mostraban que seis de cada siete nuevas infecciones en adolescentes (entre 15 y 29 años) afectaba a las mujeres, de acuerdo con la última entrega de las estadísticas mundiales sobre el VIH de Onusida.

En Latinoamérica la situación varía en relación a lo que ocurre en África. De hecho, en el territorio continental las mujeres representaban en 2015 un 29 por ciento de las nuevas infecciones, mientras que en el Caribe, este número ascendía hasta un 35 por ciento, de acuerdo con las cifras reportadas por ONU Mujeres. Sin embargo, en Chile el comportamiento del virus ha operado de forma distinta, con una representación mucho menor a la región.

Durante un viaje a la casa de sus padres en Putaendo, Catalina se reencontró con una compañera de tercero básico que participaba del movimiento feminista. Al contarle que vivía con VIH, esta compañera le mencionó que conocía a Susana Zuñiga, quien participaba dentro de la agrupación ICW - Belona Chile. Durante ese mismo tiempo (2016) Pérez estaba en la búsqueda de organizaciones para personas con VIH, pero en Internet no había mucha información, así que la posibilidad de conocer a otras mujeres con el virus motivó a Catalina a conseguirse el número de la activista para poder conocerla e intentar participar dentro de la “Comunidad Internacional de Mujeres con VIH” (ICW por sus siglas en inglés) capítulo chileno.

De esta forma Catalina empezó a participar de las actividades que se desarrollaban en la casa de ICW-Belona, ubicada en San Miguel, en Santiago. Este encuentro fue muy significativo para que Catalina decidiera reiniciar su tratamiento, ya que había encontrado un espacio en donde sólo había mujeres y que compartían el mismo diagnóstico.

Los fines de semana Catalina pasaba en la sede de Belona, además iba a ferias de salud sexual en las que la organización estaba invitada, asistía a marchas con estas compañeras y también participaba de diversos proyectos en los que ICW estaba involucrada, además de representar en algunas ocasiones a Chile en encuentros regionales de personas con VIH a nombre de la organización.

Meses antes de saber que esperaba un hijo, Catalina se acercó a la Fundación Arriarán para poder comentar que había iniciado una relación estable, existía la posibilidad de quedar embarazada y prefería planificarlo antes que fuera una sorpresa. Sin embargo, la infectóloga no le hizo caso, y le mantuvo el tratamiento que hasta ese entonces tenía. Cuando confirmó el embarazo, acudió nuevamente a la Fundación, esta vez con la intención de conocer cuál era el procedimiento. Fue así que inició un nuevo tratamiento, con la finalidad de disminuir la toxicidad y evitar daños en el desarrollo de su hijo.

Durante su embarazo tuvo que aplicarse tres exámenes de carga viral, ya que, era necesario conocer si aún se mantenía indetectable, para poder tener un parto sin complicaciones. De hecho, le ofrecieron programar el nacimiento de Miguel y así disminuir el riesgo de transmisión durante el parto.

Al nacer, el bebé tuvo que tomar un jarabe durante seis semanas (todos los días) para evitar que el virus entrara en su sistema inmune, como un tratamiento de post exposición. Catalina no pudo darle leche materna, ya que las investigaciones no han demostrado que este fluido no tuviera carga viral. Adicionalmente, tuvo que estar un año y medio en vigilancia epidemiológica por la unidad de infectología infantil.

El papá de Miguel nunca mostró rechazo por el diagnóstico de Catalina, sin embargo, cuando terminaron su relación, él la demandó para quedarse con la tutela del bebé, ya que, denunció que ella era un peligro para su hijo, precisamente porque Catalina vivía con VIH. Fue así como en marzo de 2020 se inició un juicio por la tutela, sin embargo, debido a la pandemia por coronavirus se retrasó el proceso. Lo cierto es que, por ahora, Catalina sólo puede ver a su hijo una vez al mes.

En el marco de la Octava Conferencia Internacional por el SIDA, desarrollada en Amsterdam (1992), se convocó a la declaración de los doce principios que más adelante serían la base para la creación de ICW, como un movimiento hecho por y para mujeres alrededor del mundo, en donde expresaban principalmente las necesidades que la comunidad tenía, sobre todo al considerar que las mujeres con VIH no eran relevantes para las investigaciones científicas ni para los gobiernos, debido a que eran un grupo minoritario entre las personas afectadas por la infección.

A grandes rasgos las mujeres exigían tener apoyo para poder desarrollar el trabajo en red, además de grupos de pares. También necesitaban que los medios de comunicación visibilizaran sus realidades, pero sin estigmas. Pedían tener accesibilidad a los servicios de salud integral e investigación sobre los efectos del virus y las incipientes medicinas en mujeres, ya que los estudios clínicos estaban centrados en hombres gays. La declaración mencionaba que necesitaban ser respetadas y apoyadas en el derecho a tener o no hijos, fueran biológicos o adoptados. Finalmente el manifiesto solicitaba el reconocimiento de los derechos fundamentales para todas las mujeres que vivían con VIH y la incorporación de mujeres en todos los espacios que existieran para poder visibilizar los síntomas que sentían y lo que el virus hacía en sus cuerpos.

La creación de la comunidad ha significado un gran aporte para el desarrollo de investigaciones respecto de las problemáticas que las mujeres deben enfrentar por vivir con el virus, relacionados con la vulneración de sus derechos, principalmente.

En julio de 2021 se lanzó el reporte situacional desde la perspectiva de mujeres jóvenes con VIH en Argentina, Chile, Honduras y Nicaragua, elaborado por el capítulo de jóvenes de ICW Latina. A través de la recolección de información documental y la realización de círculos de mujeres virtuales, se logró identificar que las mujeres con VIH en Chile (en específico) tenían problemas para iniciar el tratamiento, además les costaba más lograr o mantener una adherencia.

En este sentido, alguno de los motivos para abandonar el tratamiento (según el informe de ICW Latina) estaban relacionados con el temor por los efectos secundarios, además de la desesperanza o el desagrado por tomar medicamentos. Aunque la mayoría volvía a tomar sus pastillas cuando presentaba alguna enfermedad grave.

A modo general, el estudio concluía que era fundamental que las mujeres con VIH pudieran tener acceso a una salud integral más allá de la atención médica en infectología, ya que, existía evidencia respecto de comorbilidades como depresión que conllevaba a ideaciones suicidas. Además señalaba que era evidente la falta de información basada en datos sobre mujeres con VIH en Chile y que era urgente que el Estado pudiera avanzar en tener proyecciones para la creación de proyectos y políticas públicas para la comunidad. Por otra parte, era necesario que las mujeres seropositivas conocieran sus derechos sexuales y reproductivos. Finalmente, en el grupo focal se había detectado situaciones de violencia y discriminación hacia ellas.

El reporte recomendaba la integración de nuevos servicios como el psicológico a través de estrategias de atención en salud mental para mujeres con VIH y la incorporación a la canasta GES del examen del Virus del Papiloma Humano, como medidas biomédicas urgentes. Por otra parte, sugería establecer mecanismos de denuncia para casos de acoso o abuso sexual, con líneas telefónicas de auxilio y con el apoyo necesario a la denunciante. Finalmente, recomendaba incluir indicadores que dieran visibilidad a las mujeres seropositivas chilenas.

Para Catalina uno de los principales problemas respecto de ser mujer y vivir con VIH en Chile está relacionado con la falta de visibilidad y de referentes. Esta situación hizo que decidiera no iniciar su tratamiento antirretroviral cuando debía. Por otra parte, considera que la Educación Sexual debería cambiar su enfoque, ya que es necesario que tenga un enfoque integral y no solo que esté basado en la prevención del embarazo.

Estas problemáticas se encuentran entrecruzadas con la violencia de género, tal como señalaba el informe “Dignidad negada: violaciones de los derechos de las mujeres vih-positivas en establecimientos de salud chilenos” elaborado por la organización Vivo Positivo en el 2011, en donde se señalaba que las mujeres chilenas subestimaban el riesgo del VIH, debido a los obstáculos que se interponían a la prevención. Dichas dificultades estaban relacionadas con las normas socioculturales y la falta de educación e información sobre sexualidad. Es decir, las mismas problemáticas que las mujeres seropositivas deben enfrentar diez años después.

Leyes para proteger los derechos

Dos días antes de la elección parlamentaria de 2001, en la que se debía renovar el congreso para el periodo legislativo de 2002 a 2006, se promulgó en Chile la Ley 19779 el 14 de diciembre. En específico, se buscaba establecer normativas relacionadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, además de la creación de una bonificación fiscal para enfermedades catastróficas. Esto ocurría 17 años después de que se diagnosticara el primer caso de VIH en el país, el cual había sido confirmado en 1984.

Por ese entonces, Guillermo Sagredo tenía seis años, estaba en primero básico y vivía en Puente Alto. La homofobia de la sociedad también se podía observar en los comentarios que se hacían tanto en su entorno como también en la televisión abierta. De hecho, la primera vez que le dijeron “gay” como insulto fue durante este periodo, sin que supiera qué significaba serlo.

El VIH también era visto desde esta perspectiva, aunque recuerda haber visto en televisión cómo una mujer reclamaba porque había adquirido el virus en el contexto de una donación de sangre, por lo que exigía que el Hospital respondiera frente al caso.

Ya en las movilizaciones sociales y estudiantiles de 2011 Guillermo empezó a tener una mayor conciencia respecto de su sexualidad, así como también, de la importancia de la participación política de cada persona, aunque en varias marchas que se organizaban en Santiago, escuchaba que los estudiantes gritaban “Piñera tiene SIDA, Carolín”, como si la infección fuera una peste que afectaba al presidente.

Entró a la Universidad de Chile en 2014, a estudiar Administración Pública, fue en este espacio donde decidió realizar iniciativas de promoción de derechos para la comunidad LGBTIQ+, con la formación del colectivo Diversinap (2015), lo que estuvo también ligado a su diagnóstico positivo de VIH, que “aceleró la necesidad de aportar en alguna organización”.

Cuando estaba por terminar su carrera universitaria, Guillermo decidió ir un paso más allá, al colaborar en la formación del Círculo de Estudiantes Viviendo con VIH (Cevvih), iniciativa que buscaba visibilizar la realidad seropositiva de estudiantes en el país, y donde empezó a aplicar los conocimientos que su formación académica le había entregado, a través de la institucionalización y la organización interna, mediante la creación de protocolos, áreas de trabajo y la obtención de la personalidad jurídica, para poder tener validez frente al Estado como parte de la Sociedad Civil.

La revuelta social de 2019 en Chile implicó el primer desafío para la organización, labor en la que Guillermo decidió hacerse cargo con el levantamiento de información útil para exigir que se cumplieran las normativas vigentes de protección de datos y entregas de medicamentos y prestaciones de servicios. Esto último debido a que empezaron a recibir denuncias de desabastecimiento de medicamentos debido a saqueos o al cierre de las farmacias de los hospitales públicos por las paralizaciones sociales que se vivían en el país.

Por otra parte, también había personas que, al atenderse en el sistema privado, recibían el cancelamiento en sus horas médicas, sin nuevas fechas de atención, además de la falta de información de las farmacias privadas sobre la entrega de medicamentos, debido a problemas de stock. Debido a lo anterior, se decidió realizar un catastro que pudiera levantar información en torno a dichas problemáticas, para poder exigir a las autoridades, respuestas frente a lo que en ello se evidenciaba.

El 30 de abril de 1997 fue presentada la moción parlamentaria para la creación de una ley marco de VIH/SIDA en el país, por seis parlamentarios de la Concertación: Fanny Pollarolo Villa (Partido Socialista), María Antonieta Saa Díaz (Partido por la Democracia), Ignacio Walker Prieto (Partido Demócrata Cristiano), Mariana Aylwin Oyarzún (Partido Demócrata Cristiano), Jaime Naranjo Ortiz (Partido Socialista) y Vicente Sota Barros (Partido Por la Democracia).

De acuerdo con la historia de la ley, el 25 de enero del 2000 se presentó el informe de la comisión de salud a la Cámara de Diputadas y Diputados, en donde se elaboró un primer texto que fue aprobado por 10 votos a favor y una abstención. El 6 de abril de ese mismo año se dio paso a la discusión en sala, en donde se abordaría las normas sobre la prevención para la infección. La presentación estuvo a cargo de la diputada Fanny Pollarolo, quien enfatizó en la importancia de contar con una legislación que permitiera avanzar en derechos fundamentales para las personas con el virus, como era el caso del derecho a la salud.

El 13 de abril, una semana después, el proyecto de ley fue aprobado de forma general. Sin embargo, se formularon indicaciones en los temas relacionados con la confidencialidad del resultado, en la necesidad de contar con representante legal en el caso de que la persona solicitante del examen fuera menor de edad y en el rol que las autoridades sanitarias tenían respecto de la formulación de reglamentos y de institucionalidad acorde a la ley.

Un año más tarde, la discusión fue iniciada en la sala del Senado, precisamente el 18 de abril del 2001 y no fue hasta superar un tercer trámite constitucional, es decir, con la conformación de una comisión mixta entre Diputados y Senadores, que se aprobara y publicara el 14 de diciembre de ese año, a través del diario oficial como la “Ley del SIDA”.

Con la pandemia por coronavirus que empezó a afectar al país desde marzo del 2020 hubo complicaciones en la atención para las personas con VIH. Por ese momento, Guillermo estaba en Viña del Mar temporalmente, por lo que viajar hasta el Hospital Sótero del Río en Puente Alto para retirar sus pastillas era difícil de lograr. Fue así como se iniciaron las averiguaciones respecto de qué pasaría con todas las personas que no se atendían en su ciudad de residencia, independiente del motivo que se tuviera.

Cabe destacar que las atenciones de VIH no requieren estar directamente conectadas con el hospital “asignado” por zona geográfica. Esto se debe a que hay personas que estudian o trabajan en regiones distintas a donde viven o residen. Por otra parte, hay personas que prefieren atenderse fuera de su región por el miedo a ser estigmatizadas y discriminadas por recibir la atención en la unidad de Infecciones de Transmisión Sexual.

Además de Guillermo habían otras personas que acudían a Cevvih para consultar sobre alguna solución para este problema particular, ya que, muchos viajes interregionales se habían suspendido debido a la crisis sanitaria provocada por la pandemia, y por otro lado estaba el miedo de la exposición al virus, ya que, hasta ese momento no había información sobre si las personas seropositivas estaban más vulnerables frente al contagio de Covid-19.

Una solución rápida fue la elaboración de un catastro para poder interceder frente a cada caso con las autoridades sanitarias de cada región, es decir, frente a las Secretarías Regionales Ministeriales, con la finalidad de generar un traslado temporal del usuario, pero sólo para la entrega de medicamentos, en el hospital más cercano a su nueva residencia.

Otra situación alarmante ocurrió en abril de 2020, cuando los casos de coronavirus crecieron considerablemente en la ciudad de Temuco, donde se creó una circular interna en la que el hospital Henríquez Aravena indicaba a sus funcionarios que para ingresar a pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos a personas que podrían tener la posibilidad de recuperarse, categoría que dejaba fuera a mayores de 65 años, personas con cáncer, insuficiencia cardiaca o VIH sin tratamiento.

La rápida viralización en redes sociales hizo que las autoridades sanitarias a nivel central dejaran sin efecto esta circular y salieran a aclarar que el documento se había generado sin la autorización del director de la institución.

Pero los problemas no se detuvieron ahí y en mayo de ese año se viralizó la denuncia en redes sociales de Sebastián Neira, usuario del hospital San José de Independencia, Santiago. En el video Neira señalaba que había recibido un frasco con diez pastillas de Genvoya (nombre del medicamento que tomaba), lo que le alcanzaba para diez días de tratamiento. Esta situación hizo que se iniciara una campaña entre las organizaciones de la sociedad civil para exigir la

entrega de terapia antirretroviral por más de un mes, para garantizar que las personas pudieran evitar al máximo salir de sus casas y disminuir las visitas a sus hospitales.

Frente a estas situaciones el Colegio Médico de Chile elaboró una serie de propuestas relacionadas con género y salud en tiempos de Covid-19, en la cual recomendaba generar campañas de comunicación enfocadas en los riesgos de contagio de coronavirus para personas con VIH, además de identificar las dificultades que se presentaban en el sistema sanitario para la entrega multi-mensual del tratamiento, es decir, entregar las pastillas por adelantado.

El inicio del proceso de vacunación implicó un nuevo esfuerzo por parte de la sociedad civil para resolver las interrogantes que surgían, por ejemplo, si existía priorización para las personas seropositivas, cómo operaría el resguardo por la confidencialidad y qué documentos se solicitaría para poder inocularse, entre otros.

En el caso de Guillermo, por ejemplo, al acudir a vacunarse tuvo que decir en voz alta que vivía con el virus, aunque a él no le complicaba hacerlo debido a su rol activista, pero comprendía que había otras personas que no podían decirlo y ahí es donde estaba el problema.

De acuerdo con el protocolo de vacunación del Ministerio de Salud del 3 de febrero del 2021, se señalaba que las personas con VIH podrían recibir las vacunas y para ello sólo debían acercarse a algún punto de vacunación con la cédula de identidad y en caso de ser consultadas, mencionar que estaban en el grupo de personas con enfermedades crónicas mencionadas por el plan de vacunación, con la finalidad de resguardar la confidencialidad.

Pese a que existiera el protocolo, en la práctica ocurría lo contrario, ya que en distintos puntos de vacunación se exigía documentación que acreditara que la persona vivía con el virus, ya sean exámenes o bien el confirmatorio del Instituto de Salud Pública, según información recopilada por organizaciones de la sociedad civil

Fue así como el 18 de marzo se presentó un recurso de protección en contra de la municipalidad de Providencia, debido a vulneraciones durante el proceso de vacunación en la comuna. Este recurso fue presentado por Alberto Farías Aguilera y en el documento señalaba que tres días antes, el 15 de marzo, había acudido hasta el servicio de Atención Primaria “El Aguilucho”, donde se le negó la vacunación producto de que no acompañaba ningún documento que

acreditara su estado serológico. Días antes de que esto ocurriera, el ministro de Salud, Dr. Enrique Paris, había confirmado en radio ADN que las personas con VIH no debían presentar ningún documento para ser vacunadas, y que solo bastaba con mencionar que vivían con una enfermedad crónica.

El marco normativo vigente para la protección de los derechos de las personas con VIH se ha desarrollado desde la ley 19.779 de 2001 hasta la actualidad a través de diversas normas, circulares, decretos, ordinarios y reglamentos. Todo esto englobado a través de la guía clínica de Minsal, la que cuenta con una versión elaborada en 2017.

En particular la ley del SIDA, como se le llama coloquialmente, establece la confidencialidad a través de su artículo N°5, en donde se señala que el resultado debe ser entregado de forma personal y reservada con personal debidamente capacitado para ello. Adicionalmente, se señala que para cumplir estas disposiciones deben ser aplicados los principios de la ley 19.628 sobre protección de datos personales, por lo que cualquier almacenamiento de estos deben ser utilizados solo para fines estadísticos.

Sobre la no discriminación hacia las personas con VIH en el artículo 7° de la ley se menciona que la contratación de trabajadores, el acceso a un establecimiento educacional o a un establecimiento de salud (tanto en el sector público como privado) no pueden estar condicionadas a los resultados del examen de VIH, ni tampoco se puede exigir que la persona revele su estado serológico puesto que son consideradas como actos discriminatorios.

En relación con las sanciones por el incumplimiento de lo señalado anteriormente, la ley establece una serie de multas para quienes atenten contra los derechos de las personas seropositivas.

Para Guillermo Sagredo la existencia de este marco legal es funcional pero desactualizado, puesto que desde su entrada en vigencia en 2001 hasta la actualidad no ha recibido modificaciones, más allá de la actualización de 2017 en tema de testeo para adolescentes entre 14 y 17 años y en relación con la confidencialidad. Por lo que para Sagredo, esto ha provocado que el VIH deje de ser un problema para el país.

“En este momento no somos de interés, no importamos, entonces cualquier problema que tengamos va a ser aminorado y no porque tengamos un caso o dos de vulneración de derechos deja de ser grave. (...). O sea, en el 2001 cuando se promulgó la ley no existía el GES, el SIDA era sinónimo de muerte, recién había pasado dos años de la despenalización de la sodomía sin que eso acabara con la discriminación ni con la homofobia institucional ni social, entonces, por ejemplo, es fundamental actualizar los conceptos al 2021, hay que cambiar las palabras de “enfermedad terminal” a “afección crónica”, por ejemplo”, agregó.

Capítulo II

Comportamental: Intervenciones que promueven un comportamiento saludable

La conferencia internacional sobre Atención Primaria de salud fue realizada el 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata, Kazajistán. Organizada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). La cita mundial desarrolló una declaración en donde instaban a los gobiernos a fomentar acciones urgentes para promover la salud como un derecho.

El cambio de paradigma propuesto en la declaración de Alma Ata estaba ligado a la visión que se tenía de acceso a la salud para la atención de enfermedades por una en donde el acceso estaba orientado hacia la promoción de una vida saludable. En este sentido, la declaración proponía que la salud era un estado completo de bienestar físico mental y social, no solamente la ausencia de enfermedades. Por lo que las afecciones de salud debían considerar intervenciones que permitieran promover una comportamiento saludable.

Para la prevención del VIH en específico, las intervenciones orientadas a la promoción de la salud están desarrolladas bajo las determinaciones sociales de la salud, que son entendidas como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, y cómo estas condiciones impactan sobre la salud de las personas. En este sentido, las recomendaciones internacionales han mencionado que es fundamental desarrollar estrategias que no apunten directamente al VIH sino que tengan la lógica de la promoción de la salud.

Tener una buena base de Educación Sexual, por ejemplo, ha demostrado tener efectos positivos para las personas que han recibido esta formación durante su etapa escolar. Por otro lado, el fortalecimiento de la sociedad civil ha significado profundos cambios para la vida de las personas seropositivas alrededor del mundo. Finalmente, la realización de campañas comunicacionales que apunten a la prevención, pero también a la visibilización de las vivencias de personas con VIH. Estas estrategias permiten disminuir el estigma y la discriminación,

además de fomentar la prevención desde la promoción de una vida saludable en los distintos ambientes que se desenvuelve la persona.

Determinaciones sociales de la salud

En medio de las movilizaciones estudiantiles de 2015 surgió la plataforma “Duda Sheshual”, dirigida por dos estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile. Se trataba de Camila Videla y Héctor Kémble, quienes tenían el interés de mejorar las estrategias de difusión de información sobre VIH e infecciones de transmisión sexual. A través del tiempo empezaron a realizar charlas y talleres en otras facultades e institutos de la Universidad, a medida que se les solicitaba su participación. Este impulso hizo que Héctor quisiera realizar su internado en la unidad de ITS de un hospital santiaguino, lugar al que finalmente llegó a trabajar en noviembre de 2017, pero en la unidad de VIH.

La separación entre la Unidad de prevención de infecciones de transmisión sexual con la Unidad de Infectología para el tratamiento del VIH es un hecho que sólo sucede en Santiago, debido a una cantidad mayor de personas a las que se debe atender. Pero además, responde a una situación que Héctor comprendió cuando empezó a trabajar en dicha unidad: se espera que las personas ingresen a la sección de ITS y reciban un alta, por lo que existe un flujo unidireccional que no se da en VIH, ya que, las personas que se retiran del programa son por cambio de hospital o bien por fallecimiento.

Esta particularidad de los usuarios del programa de VIH también se repite en la mayoría de los hospitales del país, por lo que se establece una generalidad respecto del ingreso y egreso de las personas que reciben atención para este virus en particular. A diferencia del resto de infecciones de transmisión sexual, los usuarios de VIH se mantienen en conexión con el hospital, por este motivo cuando se empezó a repartir la profilaxis de preexposición (PREP) se utilizó la Unidad de ITS, más conocida como Unacess (Unidad de Atención y Control en Salud Sexual) para su aplicación, debido a que se esperaba que las personas no se mantuvieran en el programa para toda la vida.

Desde que Héctor empezó a trabajar en la Unidad de VIH hasta la actualidad se ha encargado de entregar un acompañamiento a las personas que son diagnosticadas o que llegan a atenderse

ahí. El primer contacto que una persona seropositiva (recién diagnosticada) tiene con todo lo que implica su nuevo estado de salud es con un profesional de la matronería o de enfermería. Es por esto que para Héctor es fundamental entregar una buena atención a sus usuarios ya que, de esta forma se logra mejorar la percepción sobre el tratamiento, para así conseguir una buena adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TARV).

Una de las principales barreras a las que se ha enfrentado en esta posición tiene que ver con la llegada de un número importante de personas haitianas con diagnóstico positivo de VIH. Esto se debe, por una parte, a la barrera idiomática a la que se enfrentan, entre el creole y el español. Por otro lado, también existe una barrera cultural ligada a las creencias y costumbres haitianas.

El vudú haitiano surgió producto de la diáspora africana hacia el continente americano, a través de que se mezclaron diversas corrientes religiosas africanas con el catolicismo propio de los españoles. Lo cierto es que, más allá de la religión, el vuduismo es considerado como una visión integral en la espiritualidad haitiana, que también aplica a temas de salud, ya que, la mayoría de los habitantes de Haití confían en los sacerdotes Houngan y sacerdotisa Mambo.

Esta situación ha provocado que personas haitianas con el virus, que son atendidas por Héctor, no quieran recibir la atención o que no quieran continuar con su tratamiento, ya que consideran que el virus es en realidad un mal de ojo, hasta que caen hospitalizadas y por obligación empiezan a tomar las pastillas. El inicio del tratamiento hace que su estado de salud mejore y que, por lo tanto, les dé motivos para no abandonarlo.

El modelo de determinantes sociales de la salud se ha estudiado y aplicado a nivel internacional. Según la Organización Mundial de la Salud, está definido por las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas condiciones, de acuerdo con el modelo, se encuentran definidas por la distribución de la riqueza, el poder y los recursos tanto a nivel mundial como también nacional y local, ya que también está definido por el sistema político que se adopta en el país.

De acuerdo con el Plan Nacional de VIH/SIDA elaborado por el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, en conjunto con la División de prevención y control de Enfermedades (Diprece) y la subsecretaría de Salud Pública (ISP), todas instituciones pertenecientes al Ministerio de Salud, al aplicar este modelo en esta patología en particular implica realizar un análisis profundo de género, interculturalidad y de la discriminación y el estigma, las cuales aplican de forma exclusiva para este virus.

La importancia de poder realizar estrategias que conozcan de las Determinantes Sociales de Salud permite mejorar los resultados que se obtienen en salud, ya que, las consecuencias de vivir peores condiciones o ser parte de grupos que sufren discriminaciones sistemáticas tienen peores resultados en salud. Es por esto que es fundamental saber cuáles son las brechas existentes.

Respecto del análisis del género en torno a la transmisión del VIH se señala en el Plan Nacional de VIH/SIDA que es un eje de desigualdad que en interacción con la clase social, edad, etnia y el territorio en el cual vive la persona, se deriva en desigualdades que coarta la posibilidad de tener una buena salud. En este sentido, las estrategias utilizadas apuntan a incorporar un enfoque de género en las atenciones de salud y también en los servicios sanitarios, para reducir estas brechas existentes.

En concreto, es fundamental saber diferenciar cuáles son las necesidades de la persona de acuerdo con su identidad de género y su orientación sexual, mediante la diferenciación de conductas, actividades y actitudes, ya que las vulnerabilidades por género son específicas, pero condicionan el estado de salud de la persona durante todo el ciclo vital. En profundidad, el documento es claro en mencionar que las mujeres tienen mayores desventajas relacionadas con el acceso a la información sobre la prevención del VIH/SIDA, además de problemas para sostener un encuentro sexual seguro y para tener una buena adherencia al tratamiento antirretroviral.

Por otra parte, la comprensión sobre el género dentro de la sociedad es también parte del listado de determinantes sociales, ya que, cómo se ha comprendido lo femenino y lo masculino ha permitido determinar la forma en cómo las personas ejercen el autocuidado y la gestión del riesgo de transmisión del virus.

La migración comprendida como una determinante social de la persona afectada es entendida desde la perspectiva de la diferencia intercultural de las personas migrantes o migradas. Esto tiene relación con que las diferencias culturales se explicitan en creencias, conocimientos y prácticas variadas en la otredad. En específico, es fundamental analizar las percepciones sobre el eje salud-enfermedad, para comprender cómo las diferencias culturales inciden en el estado de salud de una persona.

Adicionalmente, las condiciones de migración también determinan el estado de salud de una persona, ya que se ve enfrentada a diversos problemas ligados a procesos irregulares, trabajos forzados, trata de personas, violaciones y una exposición a un listado de problemas sociales que deterioran la salud. El Plan Nacional considera a la migración como parte de las determinantes sociales de la salud, debido a que las personas migrantes o migradas están expuestas a situaciones de accidentes laborales, abuso y/o explotación sexual, violencia, abuso de drogas, discriminación y xenofobia (que afectan a la salud mental de la persona), además de las limitaciones en el acceso a la comida, el agua potable, vivienda, educación y justicia.

Finalmente, la comprensión del estigma y la discriminación dentro de las determinantes sociales de la salud, es un fenómeno que ocurre dentro de la epidemia del VIH, ya que, en muchos casos las personas sufren más consecuencias sociales que de salud por vivir con el virus, lo que les hace aislarse y/o ser aisladas por sus círculos cercanos de familiares, amigos, compañeros de estudio o trabajo, entre otros.

Al respecto de esta particularidad, el documento del Plan Nacional menciona que a nivel internacional la evidencia confirma que este aspecto en particular conduce a la marginación y a la limitación en el ejercicio de los derechos fundamentales de cada persona, además que establece brechas en acceso a oportunidades y a servicios de atención y apoyo disponible, lo que también influye en la prevención, ya que hay personas que no acceden a los servicios por miedo a ser discriminadas o a ser estigmatizadas.

Al hacer una caracterización rápida de los usuarios de su hospital, Héctor señaló que más de la mitad de las personas que han ingresado (mientras ha trabajado ahí) son extranjeras, principalmente haitianas o venezolanas. Las personas chilenas que son ingresadas en su

hospital, por otra parte, coinciden en la característica de tener un nivel de escolaridad secundario; muy pocas personas chilenas tienen estudios superiores. No así con las personas venezolanas, quienes cuentan en su mayoría con estudios profesionales y grados académicos de postítulo.

Para acortar las barreras lingüísticas, en el hospital hay intérpretes de español - creole, pero para Héctor, esta situación entorpece la atención, ya que se despersonaliza al tener que depender de un tercero para la comunicación. Es por esto que ha decidido aprender algunas palabras en creole o en francés, para mejorar la transmisión del mensaje de la importancia de iniciar el tratamiento antirretroviral para disminuir la carga viral. Esta situación ha permitido que las personas que se atienden ahí logren mejorar su adherencia, además de disminuir los abandonos de terapias.

El acompañamiento en el proceso del diagnóstico es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH. Para esto es necesario que exista un diálogo fluido entre el servicio de salud y la persona, esto quiere decir, sin barreras que entorpezcan la adherencia al tratamiento relacionadas con las determinantes sociales.

Por otra parte, las personas chilenas que llegan al hospital se pueden clasificar en tres grandes categorías. La primera de ellas está relacionada con la aparición de enfermedades como neumonía o toxoplasma, las cuales son frecuentes en personas que se encuentran en una etapa avanzada de la infección (SIDA). Por otra parte, las personas llegan por iniciativa propia a través de campañas de test masivos o por consulta en dispositivos de atención primaria de salud. En tercer lugar, el grupo está compuesto por personas que tienen contacto sexual con una persona seropositiva.

Finalmente, la caracterización de los usuarios del hospital señala que menos del 10 por ciento de los usuarios son mujeres, mientras que el resto de los usuarios está compuesto por mujeres trans y varones cisgénero que tienen sexo con varones cisgénero, lo que para Héctor responde a la concentración de la epidemia en Chile, ya que este comportamiento se repite a nivel nacional.

La caracterización de los usuarios permite poder generar estrategias de atención y de retención focalizadas, ya que, tal cómo el modelo de determinantes sociales señala, es fundamental

comprender la posición que la persona tiene en la sociedad para saber de qué forma ayudar a reducir los efectos del entorno en su salud.

Esta concentración en grupos responde, para Héctor, a una segregación social parte de la violencia institucional hacia las personas que comparten una sexualidad o identidad de género no hegemónica. Es por esto que Duda Sheshual ha sido un lugar de trabajo voluntario en el que junto con Camila Videla han desarrollado estrategias de educación sexual, para poder hablar de prácticas sexuales no heterosexuales y de problemáticas que van más allá del embarazo.

De acuerdo con los datos entregados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) de 2017, el 15,8 por ciento de la población que había migrado hacia Chile no se encontraba afiliada a ningún sistema previsional de salud, situación que se acentuaba aún más en niños, niñas y adolescentes migrantes (21,4 por ciento). Para poder acortar esta brecha, en 2015 se publicó el Decreto Supremo N° 67 del Ministerio de salud, el cual intentó derribar la brecha de acceso a la salud para personas migradas, a través de la incorporación al sistema de salud público mediante Fonasa en su tramo A, con la finalidad de poder garantizar el acceso al sistema de salud.

Antes de esta situación, las personas migrantes en Chile que estuvieran en condición irregular, no podían acceder a tratamientos farmacológicos ni atención médica, sólo por no haber nacido en el país.

Es por esto que el enfoque de las determinantes sociales es fundamental para derribar problemas ligados a la marginación. el acceso a oportunidades, además del ejercicio de los derechos de las personas. En este sentido, la estrategia se ha basado en un enfoque de no discriminación como un núcleo central, lo que permite el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos, lo que establece la obligación del Estado de velar por sus derechos humanos, lo que incorpora un trato digno en la atención, acceso a servicios de salud de forma oportuna, el respeto por la cultura y las creencias de cada persona y evitar la discriminación por cualquier razón.

Educación Sexual Integral

A fines del 2020 surgió la intención de realizar un encuentro de educadores en sexualidad a nivel nacional. Marisol Navea, quien fue una de las personas que propuso esta actividad empezó a contactarse con otras organizaciones y personas que conocía que podían estar interesadas en sumarse a esta iniciativa. Pese a que el encuentro nunca se desarrolló, esta motivación dio paso a la conformación de la Red por la Educación Sexual Integral (“Red ESI”), de la cual también comenzó a participar Jennifer Durán.

Marisol es psicóloga y empezó a participar de la red a nombre de la organización “Disversas” de la región de Coquimbo, espacio conformado por mujeres y disidencias sexuales de la zona. Por otro lado, Jennifer es socióloga y forma parte del equipo de Derechos Humanos del Movimiento por la Diversidad Sexual (MUMS Chile) en Santiago.

Con la pandemia provocada por el coronavirus, muchas de las actividades que se pensaba realizar a favor de la ESI por parte de la Red debieron ser adaptadas, sin embargo, comenzaron a realizar campañas para poder apoyar al proyecto de ley que se discutía en la Cámara de Diputados.

A pesar de los problemas ocasionados por la emergencia sanitaria, en la actualidad la red está conformada por 21 organizaciones sociales presentes en siete regiones del país, aunque la mitad de ellas son de la Región Metropolitana. Adicionalmente, existen personas que participan pero que no forman parte de una organización. La mayoría de estas personas son profesionales de la salud mental y de la educación, es decir, de las áreas de la psicología y de la docencia, aunque también hay profesionales de la salud y de las ciencias sociales en general.

Pese a que en abril 1970 surgió la primera publicación oficial sobre educación sexual en Chile, con el programa “Vida familiar y educación sexual” dentro de la Revista de Educación, la dictadura cívico-militar (1973-1990) no desarrolló ninguna instancia sobre la temática. En este oscuro periodo de la historia chilena, los únicos avances que se pueden mencionar están relacionados con la Asociación Chilena de Protección de la Familia (Aprofa Chile), organización que formaba parte de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF

por sus siglas en inglés) y que por su orientación, estaban enfocados en la prevención del aborto, desde sus orígenes, para lo cual generaban estrategias de promoción de la educación en sexualidad.

La memoria institucional de Aprofa de 1979, mencionaba respecto de los programas de información y educación en sexualidad. El primero de ellos estaba enfocado en la comunidad escolar, en donde participaban padres y apoderados, estudiantes y profesores. El segundo programa estaba orientado hacia empresas y fuerzas armadas. Los contenidos de estos programas estaban orientados hacia la educación para la sexualidad, la planificación familiar y la paternidad responsable.

En el caso del programa enfocado hacia comunidades educativas, la memoria institucional señalaba que en éste habían participado cerca de seis millones de habitantes del país. En el programa orientado hacia organismos laborales y fuerzas armadas los participantes habían sido 4290 personas.

Con el retorno a la democracia tuvieron que pasar dos años para que se publicara el documento “Hacia una política de educación sexual para el mejoramiento de la calidad de la educación”, y un año más tarde en 1993 finalmente se publicó la “Política de educación en sexualidad”, el cual buscaba incidir en los contenidos que fueran enseñados a los estudiantes.

Tres años más tarde, en 1996, se inició el proyecto más ambicioso de la época, las Jornadas de Capacitación en Afectividad y Sexualidad, las JOCAS. En específico, consistía en generar diálogo entre estudiantes, pero con profesionales y estudiantes universitarios que respondían las dudas que surgían en la conversación.

Según señaló el Primer Informe de Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile de la Corporación MILES, las JOCAS se desarrollaron de forma autogestionada entre apoderados, estudiantes y profesores, quienes de forma personalizada en cada colegio generaban diálogos con el apoyo de profesionales de medicina, obstetricia, psicología, sociología, sexualidad.

Sin embargo, la Iglesia Católica reaccionó para exigir que las JOCAS incluyeran un marco valórico, por lo que en 1998 se incorporó a un sacerdote a la jornada, para que los estudiantes

les pudieran realizar preguntas al igual que al resto de profesionales. Por otra parte, la iglesia evangélica también decidió participar, al incorporar en cada sesión a un pastor, según señaló el libro “Una mirada a experiencias escolares de educación en afectividad y sexualidad”, del Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE).

En 2001, se incorporó al plan el Ministerio de Salud, el cual se sumó al Servicio Nacional de la Mujer y el Ministerio de Educación, con la finalidad de incorporar las perspectivas de género, el abordaje integral de la sexualidad, una línea telefónica a nivel nacional para resolver dudas sobre sexualidad y el desarrollo de consejerías confidenciales para jóvenes.

De forma paralela, el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (Cemera) de la Universidad de Chile, desarrolló programas de educación sexual. Durante la década de los 90’, se enfocaron en crear programas para capacitar a profesores que pudieran replicar los contenidos en sus clases, lo que dio paso a la creación del Programa de adolescencia sobre afectividad y sexualidad publicado en 1998 y que fue aplicado con más de 3 mil profesores de todo el país hasta el 2010.

Durante el primer gobierno de derecha en Chile desde el retorno a la democracia, de Sebastián Piñera, (2010-2014), la educación en sexualidad fue concesionada a diferentes programas privados, por lo que en marzo de 2011 el Mineduc en conjunto con el Sernam publicaron los “ganadores” que recibirían fondos del Estado para que cada colegio determinara el que le acomodara más. Los ganadores fueron:

- “TeenStar”, Facultad de Ciencias Biológicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- “Sexualidad, autoestima y prevención del embarazo en la adolescencia”, Asociación Chilena de Protección de la Familia (Aprofa).
- Programa de aprendizaje en sexualidad y afectividad (PASA), Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.
- Programa de educación en valores, afectividad y sexualidad (PAS), Centro de estudios de la familia de la Universidad San Sebastián.
- Adolescencia: tiempo de decisiones, Cemera, Facultad de Medicina Uchile.
- Curso de educación sexual integral (CESI), Ricardo Capponi Martínez.
- Aprendiendo a querer, Universidad de la Santísima Concepción.

Esta libertad de enseñanza permitió que, por ejemplo, estudiantes a quienes se les asignaba el Programa de la Universidad San Sebastián aprendieran que la homosexualidad y el lesbianismo eran “trastornos de la identidad sexual”, puesto que los contenidos no eran revisados por las autoridades educativas, según señaló el reportaje publicado por el medio digital El Dínamo. Adicionalmente, se mencionaba que la prevención del VIH debía ser a través de la abstinencia sexual. La formación que se entregaba estaba orientada a enseñar a través del miedo a tener sexo.

Finalmente, los últimos esfuerzos por aplicar educación sexual se dieron entre 2015 y 2016, con la ejecución del Programa de Apoyo a la Retención Escolar (PARE), el cual buscaba desarrollar actividades enfocadas en la salud sexual y reproductiva de adolescentes, para disminuir los casos de embarazo adolescente y así reducir la deserción de estudiantes-padres de la enseñanza media.

A través de la educación entregada por el colegio, Marisol nunca tuvo una educación sexual como tal, de hecho ni siquiera se mencionaba de esta manera, ya que siempre estaba relacionada con la afectividad o la abstinencia sexual. En séptimo básico, tuvo una clase en ciencias naturales en donde le enseñaron sobre el ciclo menstrual. Ya en la enseñanza media, la educación estuvo basada en el shock, a través de la muestra de imágenes de gonorreas, condilomas y con condones planos. De hecho, hasta que no vio un condón, ella pensaba que eran planos.

Durante este periodo, surgió la campaña “Siempre condón”, por lo que la mayoría de sus compañeros de liceo hacían el gesto con los dedos que aparecía en las propagandas televisivas asociadas al uso de preservativo, sin embargo, para Marisol esta situación no tenía un significado relacionado a la sexualidad, puesto que no había recibido una charla de cómo se utilizaban.

Por otra parte, Jennifer tuvo una experiencia similar. La educación básica la vivió en un colegio de monjas que bloquearon cualquier atisbo de sexualidad. Ya en la enseñanza media, estuvo en un liceo de mujeres que tenía un enfoque similar a la experiencia de Marisol.

Cuando ambas entraron a la universidad vivieron un cambio profundo respecto de los aprendizajes en sexualidad, puesto que conocieron personas que vivían con VIH, lo que derribó la mayoría de los prejuicios entregadas por la escasa información y las campañas que también se enfocaban en el miedo. Esta situación ocurría porque la mayoría de las campañas comunicacionales tenían un enfoque lúgubre y negativo sobre el virus.

El primero de octubre del 2019 se presentó el proyecto de ley para establecer bases generales para la educación afectiva y sexual de niños, niñas y adolescentes en los establecimientos educacionales, redactado por la diputada Camila Rojas Valderrama.

A grandes rasgos, el objetivo del proyecto buscaba que el Estado fuera quien promoviera la educación en sexualidad, puesto que ésta era entendida como un derecho humano. Además, debía ser impartida desde la Educación parvularia de manera de promover la autonomía progresiva de niñas, niños y adolescentes. Por otra parte, se buscaba el carácter laico de los programas, independiente de la orientación religiosa de cada colegio.

El proyecto de ley buscaba la participación de forma activa de la comunidad educativa, tanto en la elaboración, evaluación y mejoramiento de los programas de estudio, pero con un predominio de niños, niñas y adolescentes.

La intención general era tener un marco normativo que estableciera la obligatoriedad de esta educación en todos los niveles del sistema educativo, con contenidos mínimos y estándares internacionales, lo que trasladaba la responsabilidad de este ámbito desde el área de la salud a la educación.

Anterior a este proyecto, la normativa chilena en relación con la materia había sido publicada en enero del 2010, en donde la ley N° 20.418 fijaba reglas en torno a la información, orientación y prestaciones para regular la fertilidad. En dicho texto, el primer artículo señalaba que todos los establecimientos educacionales que estuvieran reconocidos por el Estado debían incluir algún programa de educación sexual durante la Enseñanza Media, según sus principios y

valores pero en donde hubiera información sobre métodos anticonceptivos, además, debían contar con la autorización de los centros de padres y apoderados.

Para agilizar el trabajo, las organizaciones que conformaron la red decidieron ordenarse a través de ejes de trabajo. El primero de estos ejes tiene relación con el género y las diversidades con el objetivo de garantizar los derechos humanos con una perspectiva de género, mediante el respeto a las diversidades y disidencias sexuales, las expresiones e identidades de género y la orientación sexual de cada persona. Todo esto a través de la promoción de espacios seguros, libres de violencias y discriminaciones.

El segundo eje está orientado hacia el bienestar sexual, a través de la promoción del placer desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos. Adicionalmente esta área busca promover relaciones sexuales y/o afectivas sanas y sin violencias, además de visibilizar las diversas formas de vivir y expresar la sexualidad.

El tercer área es niñez y juventudes y busca la promoción del ejercicio de los derechos humanos a través de la formación en sexualidad integral desde la educación inicial hasta la enseñanza media de manera progresiva, además de fortalecer los espacios de participación activa de niños, niñas y adolescentes.

El cuarto eje de trabajo es sobre familias y redes de cuidados, en donde se persigue trabajar por la promoción de la educación sexual integral desde la perspectiva de las familias y las redes de cuidados, a través de la generación de instancias de diálogos para familias en donde se pueda abordar la temática. Para conseguir este trabajo también se pretende generar instancias de formación para las familias y redes de cuidado y la creación de redes de apoyo.

Finalmente la última área de trabajo es la de incidencia política, ya que se busca generar cambios a nivel legal con normativas legislativas y políticas públicas que garanticen la implementación de programas de educación sexual, con estrategias políticas y comunicacionales que posicionen la discusión en torno a la sexualidad y la promoción de la ESI. En este sentido, se ha buscado acercar el trabajo de la Red con las iniciativas legislativas presentadas por la diputada Camila Rojas.

Para la votación del proyecto de ley sobre ESI, aún no estaba conformada la red como tal. De hecho, fue una de las motivaciones para impulsar iniciativas que promovieron la educación sexual, a través de la inserción de notas de prensa en medios de comunicación, cartas al director, columnas de opinión y de campañas en redes sociales.

Dicho proyecto fue rechazado, finalmente, el 15 de octubre de 2020. Esto ocurrió debido a la falta del quórum mínimo requerido para aprobar la ley, ya que, al contener disposiciones de Ley Orgánica Constitucional, debía tener al menos 89 votos a favor, y sólo se llegó a 73, lo que determinó que el proyecto fuese archivado.

Casi un año más tarde, el 29 de septiembre del 2021, la Diputada Rojas presentó nuevamente un proyecto de ley con similares características. En esta oportunidad, el proyecto buscaba incorporar la enseñanza en sexualidad desde la primera infancia, y que cada establecimiento educacional pudiera proponer sus metodologías, siempre y cuando se cumpliera con los estándares mínimos de contenidos. La situación electoral del país, sin embargo, no ha permitido que este nuevo proyecto de ley avance.

Para la activista de MUMS, Jennifer Durán, es fundamental que exista un piso mínimo para que la Educación Sexual se pueda aplicar de forma correcta, por ejemplo, con la garantía de tener cursos de ESI en los centros formativos de profesores y profesoras, los cuales estén enfocados en derechos humanos, identidad de género, orientación sexual, prevención de infecciones de transmisiones sexuales, del embarazo no planificado, de métodos anticonceptivos y de prevención del acoso y del abuso sexual, entre otros contenidos.

Por otra parte, para la activista de Diversas, Marisol Navea, la creación de un marco normativo es el comienzo para un proceso de institucionalización, ya que será necesario tener las bases para generar programas integrales de sexualidad. La activista señaló que “la educación actual no permite que niños, niñas y adolescentes reconozcan los peligros que tienen a su alrededor, entonces la incorporación de la ESI permitiría el desarrollo de habilidades que son propias al desarrollo del ser humano, las que deben ser tratadas desde la primera infancia”.

El aporte de la educación sexual para la prevención del VIH, según Jennifer Durán, está orientado a la reproducción de información verídica que permita derribar los mitos y prejuicios

que están asociados a la infección, lo que lograría disminuir el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con el virus. “El aporte de la ESI a la prevención del VIH tiene que ver con poder reproducir información más real y concreta, lo que también permitiría tener referentes para niños, niñas y niños que nunca han escuchado sobre diversidad o disidencia. De esta forma tendríamos relaciones entre personas que se darían bajo estas premisas y no las que tenemos actualmente”, agregó la activista.

Silencio es muerte: el rol de la sociedad civil

A principios de los 90’ no existían organizaciones de la sociedad civil como tal, más bien, eran grupos de pacientes de SIDA que se juntaban dentro del hospital. Fue en este contexto hospitalario que en 1992 se creó el primer grupo organizado, el Centro de Apoyo para Personas con VIH (Capvih). En específico, esta organización agrupaba a pacientes del hospital San Borja Arriarán, lugar en donde hasta la actualidad funciona la Fundación Arriarán (principal centro diagnóstico y de investigación sobre VIH en el país).

Paralelo a lo anterior, el país vivía la convulsión del fin de la dictadura y la necesidad de la composición de todo el aparato estatal. En medio de este proceso salió electa como diputada Laura Rodríguez, en representación del distrito 24 que estaba compuesto por La Reina y Peñalolén, quien ya en el cargo le pidió a su círculo cercano de colaboradores que captara iniciativas ciudadanas para que pudieran ser discutidas en el congreso.

Fue así como Luz María Yaconi, terapeuta ocupacional de profesión y parte de este círculo de la Diputada Rodríguez, empezó a trabajar en conjunto con el Capvih para poder abordar las problemáticas de las personas que vivían con VIH en un periodo en que aún no había tratamientos, ni leyes para proteger los derechos, ni una alta esperanza de vida o sobrevivencia para los usuarios que conformaban esta incipiente organización de personas con VIH.

Con el fallecimiento de la diputada, se decidió crear la Fundación Laura Rodríguez, que buscaba darle continuidad al legado de este trabajo que se había realizado, en donde uno de los apartados trabajó durante toda la década de los 90’ junto con diversas organizaciones de mujeres, derechos

humanos, salud o VIH. Esta última área se enfocó en tratar de mantener un banco de medicamentos antirretrovirales (a medida que salían) para personas que lo necesitaran.

Con el cambio de siglo, milenio y década, el grupo abocado al trabajo con personas con VIH decidieron generar un giro en sus estrategias, dando paso a la creación de la Fundación Salud Vida y Acción Social, más conocida como Fundación Savia, con el objetivo de trabajar por, para y en conjunto con las personas seropositivas del país, en la cual, Luz María Yaconi ocupa el cargo de presidenta.

El trabajo de la Fundación Savia se centró entonces en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con VIH a través de diversas iniciativas como el acompañamiento, la vinculación a un servicio de salud para las personas que recibían el diagnóstico, la entrega de medicamentos a través del banco de pastillas (para quienes lo necesitasen), entre otras actividades.

De larga data es la historia de la importancia de la sociedad civil en la lucha contra el SIDA, a través de estrategias de prevención, pero también para exigir tratamientos, igualdad social y jurídica, no discriminación y eliminación del estigma hacia las personas con VIH. Una de las primeras organizaciones a nivel mundial, ACT UP, se creó en marzo de 1987 (seis años después de identificada la infección por VIH) en Nueva York, Estados Unidos, una de las tres ciudades norteamericanas, junto a San Francisco y Los Ángeles, en donde la epidemia ya había cobrado doce mil víctimas.

De acuerdo con información de Onusida, Act UP fue fundada por el activista por los derechos de la comunidad LGBTIQ, Larry Kramer, con el apoyo de 300 personas, para poder generar alarma entre las personas con intervenciones callejeras que permitieran concientizar a la población sobre cómo esta enfermedad se había convertido en una de las principales causas de muerte entre jóvenes de la ciudad.

ACT UP es en realidad el acrónimo para referirse en inglés a la Coalición del SIDA para desatar el Poder (“AIDS Coalition To Unleash Power”), con la finalidad de tener una respuesta desde la sociedad civil hacia la falta de interés del gobierno estadounidense para propiciar las

investigaciones científicas. Lo mismo que ocurría con las asociaciones médicas y las empresas farmacéuticas. Uno de sus elementos más característicos y significativos estaban relacionados con la utilización de un triángulo rosa (al igual que el usado por los Nazis durante la Segunda Guerra Mundial para identificar a los prisioneros homosexuales) y de la frase “Silencio = Muerte” (Silence = Death), con la finalidad de recordar que aquellas instituciones que decidían no hablar o sumarse a acciones para frenar el avance del SIDA, elegían la muerte de las personas seropositivas.

Una de sus principales herramientas era la performance política en distintos edificios gubernamentales, centros financieros o farmacéuticas, para poder exigir mejores garantías hacia la comunidad seropositiva de Nueva York. El 24 de marzo de 1987 se desarrolló su primera manifestación, específicamente en una intersección concurrida de la ciudad, en donde 250 manifestantes, aproximadamente, exigían que el gobierno y las empresas actuaran en favor de acabar con la crisis del SIDA. Los dardos en dicha oportunidad iban dirigidos directamente hacia Burroughs Wellcome, industria farmacéutica y creadora del primer medicamento para el control del virus (AZT), con la finalidad de exigir un costo menos elevado para que las personas dejaran de morir.

Con el paso del tiempo, ACT UP creció hacia otras ciudades del país, e incluso, dió el salto hacia Francia, en donde a principios de los 90’ decidieron realizar intervenciones similares a sus pares norteamericanos. El primero de diciembre de 1993 los activistas parisinos de la organización colgaron un preservativo gigante en el obelisco de Lúxor, ubicado en la Plaza de la Concordia, con la finalidad de protestar y celebrar el día mundial del SIDA. De esta forma se protestaba en contra del lento avance de las instituciones gubernamentales para generar estrategias de prevención, además de denunciar el intervencionismo de la Iglesia Católica para la distribución de condones en el país.

De esta forma, las diversas protestas realizadas por ACT UP tanto en Estados Unidos como en Francia lograron mejorar las condiciones de vida de las personas seropositivas. A través de las presiones a las industrias farmacéuticas se logró ampliar la oferta de tratamientos, además de acabar con políticas discriminatorias en compañías de seguro, además lograron incorporar a mujeres cisgénero dentro de los estudios clínicos, para poder visibilizar que las mujeres también podían vivir con el virus.

El rol de ACT UP ha sido retratado a través de diversos documentales, series y películas. Los ejemplos más recientes son las producciones “120 latidos por minuto” centrado en la historia de ACT UP París; y “POSE” centrada en las historias de las comunidades trans y negras de Nueva York ambientadas en las décadas de 1980 y 1990, en donde se puede observar la influencia del activismo en sus protagonistas seropositivos, para conseguir tratamientos médicos.

Entrados los '90 ya existían diversas organizaciones que se agrupaban en torno al abordaje específico de poblaciones: agrupaciones gays, mujeres trans, trabajadores sexuales, mujeres cisgénero, etcétera. Muchas de estas organizaciones fueron convocadas a participar en la conformación de la Asamblea de Organizaciones Sociales y ONGs con Trabajo en VIH/SIDA - Asosida, creada en 1992 con la finalidad de mejorar las estrategias de prevención y de impacto social de la epidemia en el país a través de la reflexión colectiva y la ampliación de la participación de la sociedad civil.

Cinco años más tarde la Asamblea sufrió su primer quiebre: las organizaciones que agrupaban directamente a personas que vivían con el virus (principalmente redes de personas con VIH y grupos de pares de los hospitales) decidieron dar un paso al costado para conformar una red de personas con VIH. El 30 de agosto de 1997 se realizó en la Universidad de Santiago de Chile el primer encuentro nacional de personas con VIH/SIDA. Este encuentro favoreció la creación de la Red Nacional de Personas con VIH, Vivo Positivo, en la cual se reunían cerca de 50 organizaciones de todo el país.

En 2003 las agrupaciones que formaban parte de Asosida y Vivo Positivo tuvieron que empezar a trabajar mancomunadamente por un ambicioso proyecto en el que el Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria había decidido invertir para mejorar las estrategias de prevención al interior del país, el acceso a los medicamentos y el fortalecimiento de la sociedad civil, los cuales eran los principales objetivos que perseguía la propuesta.

Con un aporte de 39 millones de dólares por parte del Fondo Mundial se financió el proyecto “Aceleración y profundización de la respuesta nacional, intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia del VIH/SIDA en Chile”, en el cual participaba el Comité País compuesto por las organizaciones de la sociedad civil, en conjunto con las autoridades sanitarias y la Universidad de Chile, quien jugaba el rol de fomentar la investigación en el área. Una de sus finalidades era poder cubrir en un 100 por ciento la triterapia de las personas que fueran atendidas en el sistema público de salud.

Un año más tarde, la promulgación de la ley de Garantías Explícitas en Salud (19.966) confirmó la incorporación de la patología VIH al plan de enfermedades y condiciones de salud que podrían obtener acceso a prestaciones de salud, protección financiera y una mejoría en la calidad de vida. A grandes rasgos, esta modificación logró que todas las personas diagnosticadas con el virus pudieran acceder al tratamiento.

El término del proyecto fue de forma abrupta por dos situaciones complejas dentro del país y que cuestionaron el rol que las Organizaciones de la sociedad civil en materia de prevención del virus y de protección hacia las personas con VIH.

En primer lugar se descubrió a través de una auditoría al proyecto, que había anomalías relacionados con evasión tributaria, sabotaje informático y apropiación indebida por parte del directorio de la oficina a cargo de la administración de los recursos en Chile, el “Consejo de las Américas (CDLA)”. El monto que fue investigado a nivel nacional por el Ministerio Público era valuado en más de \$500 millones, según informó La Tercera.

Finalmente en mayo del 2008, el gobierno decidió cerrar el CDLA, con la lógica de que este organismo no tenía nada más que hacer y mucho menos en temas de VIH o SIDA. Pese a que las organizaciones de la sociedad civil no tenían incidencia en la administración de los recursos, estas fueron las más golpeadas por la situación, ya que, el Fondo Mundial determinó que no volvería a invertir en Chile.

Esta decisión del FM además estuvo fundamentada en la segunda crisis ocurrida durante ese mismo año en el país: la crisis de los no-notificados de Iquique.

De acuerdo con los informes finales de investigación de esta situación ocurrida en el norte del país, se utilizaron kits vencidos para los exámenes en mujeres embarazadas, además de que no se notificó a 25 personas sobre su estado serológico positivo, problemas en el banco de sangre de la ciudad y una descoordinación entre las autoridades sanitarias locales y las autoridades del hospital.

Según La Tercera, uno de los casos más graves detectados fue producto de la muerte de Dearnny Aguilar de 35 años, quien falleció en 2008 por complicaciones asociadas al SIDA. Pese a que se había realizado el examen en 2004, y haber sido operada en 2005 en el mismo hospital, el servicio asistencial nunca se percató de las fallas en la toma de muestra aplicados a la mujer, por lo que esta situación generó una grave alteración en las estrategias de prevención, de detección del virus y de entrega de tratamientos antirretrovirales.

Este escándalo provocó la salida de la Ministra de Salud de la época, Dra. Soledad Barría, además de los jefes de medicina, enfermera supervisora y del jefe del banco de sangre del hospital. Además, la Contraloría General de la República inició una investigación en la que se determinó que adicional a las 25 personas no notificadas en Iquique, había alrededor de 500 personas que no habían recibido su diagnóstico de VIH y que era necesario realizar la vigilancia epidemiológica que permitiera dar con ellas.

Luego de estos escándalos, las organizaciones que tenían otros financiadores a nivel internacional o que pertenecían a consorcios o redes de poblaciones regionales lograron sobrevivir, aunque la mayoría, al no contar con recursos ni con un respaldo para solicitarlo, debieron cerrar. Esta situación provocó que muchas organizaciones empezaran a trabajar de forma individual y con un alto grado de desconfianza hacia el resto.

De forma indirecta y un par de años más tarde, el terremoto confirmó esta situación, ya que las personas con VIH y las organizaciones de la sociedad civil dejaron de ser relevantes desde el punto de vista gubernamental. El cambio de gobierno de Michelle Bachelet a Sebastián Piñera en 2010, además, generó el cese de actividades de la mesa de trabajo conjunta entre actores sociales y autoridades de gobierno, que existía en donde la sociedad civil tenía un rol vinculante y participativo en las decisiones políticas relacionadas con campañas y estrategias de prevención.

Por otra parte, la Comisión Nacional del SIDA (Conasida) fue cambiada por el actual Programa Nacional de prevención y control del VIH/SIDA e ITS. Es decir, se pasó de un organismo en donde la sociedad civil jugaba un rol fundamental de incidencia política, hacia otro en donde no se tenía muy claro cuál sería el rol de los activistas. Para Luz María, este cambio implicó que la estrategia se transformara en que en vez de trabajar con todas las OSC, las autoridades sanitarias trabajaran puntualmente con una organización.

El rol de la sociedad civil en la prevención del VIH, así como también, en la denuncia de irregularidades y en la exigencia de derechos de la comunidad seropositiva ha sido fundamental para poder obtener mejores resultados en las estrategias. Sin embargo, las diversas situaciones que sucedieron en Chile redujeron a las redes Asosida y Vivo positivo hacia la extinción. Actualmente la única participación de las organizaciones de la sociedad civil se encuentra delimitada a procesos consultivos y a la postulación de licitaciones relacionadas con operativos extramuros de VIH o para la realización de campañas.

Esta situación ha sido un reflejo de cómo el sistema de salud ha transitado hacia un modelo neoliberal de comprensión de la salud, lo que ha implicado en el aumento de nuevos casos desde el 2010 hasta el 2019, una década de invisibilidad para la problemática en el país. En este sentido, para la presidenta de Fundación Savia, Luz María Yaconi, es necesario generar cambios orientados a la inclusión y participación de personas con VIH en la elaboración de estrategias. “Si uno no tiene la problemática del VIH al frente, se olvida y deja de hacer prevención” agregó Yaconi.

Campañas comunicacionales de prevención

Lucas Nuñez (26) es artista visual de la Universidad Católica, utiliza pronombres neutros y se identifica como una persona no binaria. Durante su infancia en Iquique la información sobre VIH era bastante nula, de hecho su primer recuerdo respecto del tema fue por la muerte del kinesiólogo al que asistía, quien era abiertamente homosexual. Al enterarse de la muerte del kinesiólogo, su madre mencionó: “Bueno, ya sabemos por qué se murió” sin aclarar a qué se refería y mucho menos hablar sobre sexualidad.

Esto último ocurría debido a que la familia de Lucas era evangélica metodista. De hecho, su formación básica y media las completó en una institución perteneciente a la iglesia. Sus clases de educación sexual estaban centradas en la abstinencia, a través de imágenes de shock para provocar un rechazo hacia la sexualidad por parte de los adolescentes. Sin embargo, en octavo básico muchas de sus compañeras quedaron embarazadas. Adicional a lo anterior, cuando ocurrió el “caso de No-notificados” en la ciudad, el pánico se hizo presente en todas las clases y pasillos del colegio. Entre los profesores existía el comentario (hacia los estudiantes) de que si tocaban a una de las personas con el virus, te podían transmitir el virus.

Al egresar de cuarto medio del colegio cristiano, tuvo la oportunidad de viajar a Santiago para estudiar en la Universidad Católica, lugar en donde dio su primer beso con un hombre cisgénero. Esta situación hizo que Lucas estallara, ya que aún tenía el recuerdo de lo que se hablaba en las escuelas dominicales de la Iglesia en Iquique, respecto de las personas con identidad de género u orientación sexual diversas o disidentes. También en este espacio formativo fue donde desarrolló el interés por la lectura sobre temas relacionados al género y la teoría queer.

Un lunes de 2018 empezó a dolerle la cabeza al punto que le costaba sostenerse de pie, razón por la cual decidió asistir al hospital clínico de la Universidad Católica para hacerse un chequeo. Sin embargo, el alto costo en la atención hizo que finalmente debiera ir al Hospital Salvador, que es parte de la red de atención pública de salud en el país. Ahí supo que vivía con VIH. También fue este lugar donde le contó a su mamá que vivía con el virus.

A raíz del diagnóstico, su grupo de amigas de la universidad le instó a participar de alguna organización de personas con VIH para recibir el apoyo entre pares, porque serían personas que podrían comprender de mejor forma lo que sentía, ya que compartían la seropositividad.

Dentro del “Círculo de Estudiantes viviendo con VIH” (Cevvih) empezó a desarrollar los conocimientos aprendidos en su carrera universitaria, a través de la elaboración de campañas comunicacionales enfocadas en población adolescente y de jóvenes, con mensajes cercanos y un lenguaje liviano para poder entregar de mejor manera la información sobre la importancia de la prevención del VIH a través de diversas formas, pero también, sobre cómo es estar del otro lado, a través de la visibilización de la vida seropositiva, sin estigmatización. Este hecho

ha logrado que la cuenta en Instagram de la organización reciba diariamente mensajes en búsqueda de ayuda o apoyo, de acuerdo a cada caso.

Desde el 1991 hasta el 2010 se realizaron doce campañas comunicacionales respecto de la prevención del VIH en el país. Sin embargo, no fue hasta la campaña del 2005 que se pudo hablar sobre el uso del condón. Esta situación hizo que la mayoría de los titulares de los medios de comunicación chilenos condenaran esta “polémica” causada por hablar de preservativos.

“Frente al sexo yo elijo mi postura”, mientras pasaban imágenes de posiciones sexuales, era la apuesta de las autoridades sanitarias para promover el uso de protección. Al respecto, el canal 13 que era controlado por la Iglesia Católica en ese entonces, determinó que no pasaría esta propaganda en su parrilla programática, lo que evidenció la censura por parte de este sector conservador de la sociedad chilena. Por otra parte, los diputados de la Unión Demócrata Independiente (UDI) Marcela Cubillos y Julio Dittborn criticaron esta campaña, ya que para ellos estaba destinada al fracaso. Además los diputados exigieron que se incluyera otros métodos como la abstinencia y la promoción de la pareja única.

Dos años más tarde, la campaña nuevamente fue rechazada por los mismos sectores conservadores, aunque en esta oportunidad, el canal Megavisión también decidió sumarse al boicot, pese a la incorporación de la abstinencia sexual como método de prevención, además de la promoción hacia una pareja única. Esta campaña fue desarrollada por las autoridades sanitarias en conjunto con organizaciones de la sociedad civil y buscaba a través de un spot televisivo, enseñar a las personas a utilizar un preservativo de forma correcta.

Con la llegada de la derecha al poder con Sebastián Piñera en 2010, se lanzó la campaña comunicacional titulada “Quientienesida” con la finalidad de promover el sitio web con el mismo nombre, en donde se podría encontrar información respecto de la infección. Con mensajes burdos, la campaña es recordada por el spot en donde un hombre anciano muere por lo que pareciera ser un ataque al corazón, lo que generaba la aparición de serpiente acompañada del mensaje “Morir de viejo es más divertido que morir de SIDA”. El video continuaba con la aparición de la esposa del recién fallecido, quien al ver a su esposo en el

suelo, caía a su lado, lo que daba paso al cuadro final donde aparecía el mensaje “Y si mueres con tu pareja de toda la vida, tanto mejor”.

El senador Andrés Allamand, quien era parte del gobierno se refirió a esta campaña a través de sus redes sociales y pidió que ésta fuera bajada, opinión compartida por la oposición, que solicitó explicaciones al ministro de Salud de la época, Dr. Jaime Mañalich, a través de una citación a la comisión de salud de la Cámara de diputados.

A través de redes sociales una ONG mexicana llamada “Inspira cambio” se contactó con Lucas para ofrecerle un trabajo colaborativo. Desde IC habían observado el trabajo de prevención que se realizaba en Chile desde Cevvih, como por ejemplo, la creación de un condón gigante para la conmemoración del 01 de diciembre del 2019, o la aparición de personas con VIH en las campañas realizadas en Instagram para visibilizar las vivencias seropositivas, además de la utilización de “memes” de moda, los cuales son adaptados con mensajes para promover la utilización de distintas estrategias de prevención.

A raíz de este contacto surgió “Sácate la duda”, portal web que persigue el objetivo de entregar información basada en evidencia acerca de la prevención del virus, pero también, de informar a las personas que entran al sitio sobre VPH, hepatitis, herpes, gonorrea, clamidia, entre otras infecciones de transmisión sexual. El portal fue lanzado en 2020 y hasta la fecha ha tenido una buena recepción del público, debido a que la mayoría de sitios en internet contienen información errónea o anticuada sobre las vivencias seropositivas, el acceso a tratamientos y las vías de transmisión o de prevención (como la promoción de la abstinencia o de la pareja única).

Respecto de esto último la novena Encuesta Nacional de la Juventud elaborada por el Instituto Nacional de la Juventud (Injuv) en 2018 reveló que la edad promedio de la iniciación sexual era 16.5, además mostró que el 72,5 por ciento de los encuestados ya había iniciado actividad sexual, mientras que sólo un 36,5 por ciento señaló tener pareja estable. A través de la primera Encuesta de sexualidad (2017) elaborada por la empresa privada GFK Adimark, indicó que el promedio de parejas sexuales que tenían los chilenos era de 5.9, situación que crecía hasta 8,4 en el caso de los hombres y bajaba a 3,2 en el caso de las mujeres.

Estas estadísticas han permitido tener una evidencia para generar otro tipo de instancias para hacer prevención. Por ejemplo, en Cevvih han participado en podcast, programas de YouTube y de televisión abierta para poder hablar de VIH desde la perspectiva seropositiva. En este sentido, uno de los principales errores que Lucas ha detectado en las campañas comunicacionales que se han desarrollado en Chile tiene relación con la falta de visibilidad hacia las personas que viven con el virus, además de la escasa participación de la sociedad civil en la elaboración de los spot publicitarios que son pasados por televisión.

En 2019 la investigadora en comunicaciones de la Universidad Diego Portales, Macarena Peña y Lillo informaba respecto de los resultados del examen aplicado a siete campañas comunicacionales sobre prevención de VIH elaboradas entre 2009 y 2017. La investigadora llegó a la conclusión de que la mayoría de las campañas planteaban objetivos que no se expresaban en resultados que modificaran los comportamientos de los individuos. Esto ocurría, entre otras razones, debido a que la mayoría tenía mensajes genéricos y que no apuntaban a un público específico. También pasaba por la falta de priorización en los soportes que se utilizaban para la transmisión de los spots publicitarios. Es decir, se intentaba abarcar todos los medios posibles, ya fuera televisión, radio, medios escritos, redes sociales, etcétera.

Finalmente la investigadora concluyó que las campañas en Chile se caracterizaban por las insuficiencias en la definición de objetivos, el público al que deseaban llegar, el exceso de mensajes genéricos y que tenían poca profundidad, por lo que la evaluación a las campañas era negativa.

De acuerdo con el documento de Gastos en campañas de prevención del VIH/SIDA elaborado en 2019 por la Biblioteca del Congreso Nacional, en 2017 el monto asignado para la elaboración de una campaña comunicacional (anual) era de 400 millones de pesos chilenos. La intención del Minsal era que estos recursos sirvieran para la elaboración de piezas audiovisuales, gráficas y promocionales para ser difundidas en diferentes medios de comunicación durante dos meses, con una breve reemisión durante diciembre en el contexto del día mundial de la lucha contra el SIDA.

De acuerdo con los periodos incluidos en el análisis documento (2010-2019), en el año 2014 esta cifra descendió a 110 millones de pesos chilenos, sin embargo, durante ese año finalmente la campaña no se realizó, por lo que ese dinero no fue adjudicado. Por otra parte, el año que contó con un presupuesto más elevado fue el 2011, en donde el monto definido para la campaña fue de 652 millones 822 mil pesos chilenos.

El pasado 21 de octubre de 2021 fue inaugurada la exposición “Censura: el silencio puede un plan (rigurosamente ejecutado)”, que reúne las obras de distintos artistas, entre quienes se encuentra Lucas Núñez. La propuesta de la activista se centra en cómo a raíz del primer caso de VIH en el país ocurrido en 1984, se observa la omisión de información, tanto desde el ámbito gubernamental, como también desde la industria farmacéutica.

El “Artivismo”, como se le ha conocido a la utilización del arte para exponer respecto de ciertos temas, ha tenido un fuerte auge en la comunidad seropositiva, de hecho, se han creado diversos documentales que buscan visibilizar los intentos por comunicar a través de estas expresiones artísticas.

Respecto de las campañas comunicacionales que se han desarrollado en Chile, Lucas coincide con la académica Peña y Lillo, ya que consideró que los mensajes comunicacionales son muy abiertos e insuficientes. Esta falta de segmentación hace que las campañas tengan un efecto muy bajo en las personas debido a que no se sienten interpeladas por el spot o las propuestas gráficas.

Por otra parte, Núñez señaló que las campañas no han buscado promover prácticas seguras desde el enfoque del placer, lo que ha implicado que la discriminación y el estigma no disminuya. Para esto sería fundamental la participación de personas que viven con el virus y que pudieran hablar de sus experiencias, pero sin caer en estereotipos erróneos, o en la utilización de recursos audiovisuales que indujera en una visión negativa de la vivencia de la persona (como los colores oscuros o la base musical de suspenso).

Adicionalmente, también sería interesante que las campañas no tuvieran un periodo determinado de aparición en los medios de comunicación, planteó Lucas, ya que la falta de permanencia de las campañas provoca que el público no alcance a tener un proceso reflexivo.

“Las campañas no deberían ser solo unas gráficas por un tiempo acotado en el año, sino que deberían estar acompañadas de políticas públicas que fomenten la prevención como es el caso de la Educación Sexual Integral. Además deberían llegar a más lugares en donde las personas pudieran recibir el mensaje, como discotecas o bares”, finalizó.

Capítulo III

Biomédicos: las intervenciones con métodos clínicos y médicos

El tercer aspecto incorporado dentro de la estrategia de prevención combinada dice relación con los aspectos biomédicos o las intervenciones clínicas y médicas para la prevención. En este sentido, se han considerado las distintas estrategias biomédicas que se utilizan en Chile para mejorar la prevención.

La adopción de estas estrategias en Chile fueron un proceso progresivo, es decir, desde la nada hasta recientes e incipientes iniciativas que han buscado tener prevención efectiva, relacionada con la distribución de preservativos, la realización de campañas de testeos extramuros (fuera de un recinto de salud, en lugares públicos como plazas, universidades, centros sociales, etcétera), la reducción en la transmisión vertical para evitar el nacimiento de niños y niñas con el virus, la aplicación de la estrategia de Profilaxis de Preexposición en el sistema de salud y por último, el reforzar la estrategia de que las personas que viven con VIH y se mantienen en Tratamiento Antirretroviral logran la indetectabilidad, es decir, dejan de transmitir el virus (mientras se mantuvieran en el tratamiento).

La mayoría de estas estrategias han sido adoptadas por las autoridades sanitarias en los últimos años, ya que, hasta el 2017 no existía la lógica de tratamiento como prevención, hasta el 2018 no se permitía la realización de operativos extramuros para la realización de test rápidos, hasta 2019 aún no existía la profilaxis de preexposición disponible para las personas en el sistema de salud público en el país. Es decir, gran parte de las estrategias son nuevas para el país, por lo que sus efectos aún no han mostrado grandes resultados para la prevención de nuevas infecciones en Chile.

Lo cierto es que la evidencia científica y las investigaciones más recientes en torno al VIH han demostrado de la eficacia de estas estrategias para la prevención de nuevas infecciones, sin embargo, es fundamental complementar las estrategias biomédicas con las estrategias

estructurales y comportamentales para lograr efectos positivos, esta es la razón por la cual la estrategia se denomina de prevención combinada.

Barreras en el acceso: las bajas cifras en el uso de preservativos

Después de tres semanas con fiebre, una alta sudoración nocturna, ganglios inflamados y dolor de garganta, Augusto Contreras (27) fue internado por su familia en el Hospital Clínico de la Universidad Católica. Este hecho marcó un antes y un después en su vida, ya que recibir el diagnóstico no fue fácil. La infectóloga que lo atendió lo obligó a contarle a sus padres que no solamente vivía con VIH, sino que además le gustaban los hombres, ya que, hasta ese momento aún no había “salido del clóset”.

El proceso de aceptar el diagnóstico fue difícil, ya que tenía muchas inquietudes con respecto a cuáles iban a ser sus capacidades, no tenía claro si podría volver a andar en bicicleta (que hasta la actualidad es su medio de transporte principal, con el cual se dedica a repartir encargos) o tener una pareja sexoafectiva. Pero lo más complejo de este proceso fue aceptar su nueva realidad, que era tener que tomar pastillas para toda la vida, ya que sabía que el tratamiento era crónico y que por lo tanto no podría abandonarlo.

Antes de conocer que vivía con el virus no tenía mayor información, ya que toda la educación sexual que había recibido estaba orientada hacia la prevención del embarazo. Esta falta de información fue la principal motivación para dedicarse al activismo. Comenzó a participar en el Círculo de Estudiantes Viviendo con VIH porque sentía que necesitaba hacer cosas, aunque fueran cambios pequeños, eran acciones concretas para promover la prevención en la transmisión del virus.

En un principio, comenzó a participar de charlas que se realizaban en espacios de formación superior como universidades, centros de formación técnica e institutos. Con el paso del tiempo, también se empezaron a realizar actividades en ferias de salud en las que Augusto participaba a nombre de la organización, en donde se realizaban charlas personalizadas a cada persona y se les entregaban preservativos.

De acuerdo con los resultados entregados en la Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) encargada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud a la Pontificia Universidad Católica de Chile, un 10,1 por ciento de las personas encuestadas reconocía utilizar preservativo en todas sus actividades sexuales. Al desagregar estos datos por rangos etarios, las personas adolescentes y jóvenes eran las que tenían el porcentaje más alto (22,1 por ciento), mientras que, las personas que menos ocupaban preservativo eran aquellas mayores de 65 años (2,8 por ciento).

El mayor porcentaje de uso de preservativos en jóvenes y adolescentes también se vio reflejado en la Encuesta Nacional de la Juventud (2018) elaborada por el Instituto Nacional de la Juventud (Injuv), en donde el 49,2 por ciento de los jóvenes señaló que utilizaba condón, aunque la mayoría de los encuestados reconoció que utilizaba este método para la prevención del embarazo (92,3 por ciento).

Durante una campaña de prevención del VIH en donde se aplicaron test rápidos de detección del virus en la Universidad de Chile en diciembre de 2018, se realizó una encuesta anónima para conocer las conductas sexuales de las personas que se testearon en la oportunidad. Los resultados mostraron que del total de 3.102 personas que respondieron la encuesta, menos del 20 por ciento utilizaba preservativo en sus relaciones sexuales, pese a que el 99,29 por ciento de las personas encuestadas había completado la educación básica y media.

Las bajas cifras en el uso de preservativo son parte de las consecuencias de las fallidas estrategias para su promoción, además de las barreras que el sistema de salud genera en el acceso y la entrega de información sobre este método de prevención. Por ejemplo, el estudio sobre barreras de acceso a los servicios para la prevención del embarazo adolescente, liderado por la investigadora Michelle Sadler Spencer, señaló que desde los servicios de salud existe la percepción de que los hombres (adolescentes y jóvenes) sólo requieren de la entrega de preservativos, y que no existen otros ámbitos de salud sexual que les competan. Sin embargo, el mismo estudio también señala que los servicios de salud prefieren la atención hacia mujeres para no perder el tiempo, debido a la orientación hacia la prevención del embarazo que se tiene sobre el uso del condón, más que como un método de prevención del VIH.

En diciembre de 2019 se realizó el “Festival Positivo”, iniciativa que se desarrolló en las dependencias del laboratorio ciudadano La Paz 482, dependiente de la Municipalidad de Independencia en Santiago. Durante este festival, según recuerda Augusto, surgió la idea de ir a repartir preservativos a discotecas y pubs orientados hacia la comunidad LGBTIQ+.

Fue así como Augusto empezó a repartir preservativos internos y externos en fiestas y clubes nocturnos del barrio Bellavista en Santiago. Un compañero de Cevvih tenía un contacto en el Club Vita, local que cuenta con un cuarto oscuro en su interior, en donde las personas van a tener sexo casual. Quizás por esto último, nunca ha tenido problemas en hablar de prevención y entregar preservativos, de hecho siempre ha sido una buena experiencia. “Si las personas van a tener sexo y no tienen condones dentro del local, no van a parar para conseguir uno, es por esto que quisimos ir a este lugar en específico”, mencionó Augusto.

Los preservativos que se han repartido en este tipo de actividades son obtenidos desde el Centro Regional de Información y Apoyo para la Prevención Social de VIH/SIDA (CRIAPS), organismo dependiente de la Secretaría Regional Ministerial de Salud Metropolitana (Seremi RM). Llegaron a este centro por otras organizaciones de la sociedad civil que les informaron que se podían solicitar grandes cantidades de preservativos, eso sí, no está abierto a cualquier persona, ya que, para poder obtener condones es requisito ser parte de alguna organización.

Con la llegada del coronavirus al país, este tipo de actividades tuvo que ser suspendida, ya que estos eventos fueron cancelados, pero también se dejó de repartir condones en el Criaps. Aunque con el paso del tiempo se volvió a entregar, pero con un nivel mayor de burocracia.

Las campañas de promoción del uso de condón han causado diversas polémicas en el país. Una de las más recientes ocurrió luego del terremoto del 2010 en Concepción. El Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA por su sigla en inglés), en conjunto con el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (Onusida) proyectó enviar “kit de emergencia” para mujeres y personas de grupos vulnerables. Los “Dignity Kits” contenían un cepillo y una pasta de dientes, cuatro rollos de papel higiénico, un alcohol gel, dos paquetes de toallas higiénicas, doce condones y un informativo sobre violencia de género y prevención de embarazos no programados. Pese a que se proyectó la entrega de 25 mil de estos kits con una inversión de USD \$187.785, según el portal “SoyChile”, sólo fueron repartidos 7 mil.

Sin embargo, lo más grave no fue que se repartieron menos kits de los que se proyectaban, sino que, de acuerdo con información reportada por el Gobierno en 2014 en el Informe “Diagnóstico de la reconstrucción”, encargado por el Ministerio del Interior al Observatorio Género y Equidad, antes de que se repartiera esta ayuda, fueron alterados.

La intendenta de la época y militante de la Unión Demócrata Independiente (UDI), Jacqueline Van Rysselberghe ordenó, de acuerdo con el informe, que los kits se abrieran para sacar los preservativos y luego ser sellados para su distribución. El informe indicó que estos preservativos fueron devueltos a Naciones Unidas.

Aunque la senadora Van Rysselberghe negó esta situación, esta no era la primera vez que intervenía en políticas de estado relacionadas con la salud sexual. Cuatro años antes del terremoto y en el cargo de alcaldesa de Concepción, mencionaba que si adolescentes entre 14 y 17 años acudían a un servicio de salud comunal para pedir la “Píldora del día después” (Programa de Anticoncepción de Emergencia), la autoridad comunal avisaría a los padres de los adolescentes respecto de esta situación.

Pero Van Rysselberghe o la UDI no han sido los únicos opositores a estas estrategias, de hecho, quien ha tenido una data más larga de intervencionismo ha sido la Iglesia Católica. El primero de diciembre del 2003, el sacerdote Fernando Chomalí, respaldó la decisión de UCV Televisión de no exhibir la campaña realizada por el gobierno de Ricardo Lagos para la prevención del VIH. El sacerdote, quien además era miembro de la Comisión Nacional de Bioética de la Conferencia Episcopal de Chile, señaló a Cooperativa que “Una campaña de ese tipo no ayuda a prevenir el VIH/SIDA, lo único que hace es crear una conciencia colectiva del uso del condón”.

En 2005 por primera vez la campaña dejó la abstinencia de lado (como método de prevención) y empezó a hablar del uso del condón bajo el eslogan “Frente al sexo y al SIDA yo tengo una postura: usar condón”. Esta situación provocó una “Guerra del condón en Chile” como tituló el medio español El País. De hecho, el cardenal arzobispo de Santiago de la época, Francisco Javier Errázuriz señaló a El País que esta promoción del uso del condón provocaría un aumento de los hijos de madres adolescentes y de enfermos de SIDA, puesto que la promoción del uso del condón repercutiría en un aumento de las relaciones sexuales.

Respecto de esta misma campaña en particular, el presidente del Comité de la Conferencia Episcopal, Obispo Alejandro Goic declaró que esta campaña fomentaría una sexualidad desenfrenada que era perjudicial para la sociedad, y recomendó que estos recursos fueran utilizados para hacer campañas que potenciaran la familia, el amor y la fidelidad.

En el informe final del “Estudio sobre factores socioculturales que inciden en el uso del condón masculino en hombres homosexuales y otros HSH” elaborado por las organizaciones Movimiento por la Diversidad Sexual (MUMS Chile) y Sidacción publicado en 2005, se consideraba que un obstáculo al momento del uso del condón tenía una naturaleza moral, ligado a la oposición de la Iglesia Católica, puesto que la institución religiosa consideraba el uso de preservativo como un acto de desconfianza hacia la pareja sexual y/o evidenciaría una vida sexual promiscua.

Para Augusto Contreras, el repartir preservativos ha sido una actividad central en la prevención del VIH, sin embargo, consideró que la estrategia actual debería adaptarse a cada contexto. Aunque es sabido que se pueden obtener condones en consultorios u hospitales, esto muchas veces ha generado un retraso para el usuario, ya que los protocolos señalan que es necesario pasar por una consulta médica y exámenes. Es por esto que la estrategia que utilizan en Cevvih tiene un efecto más inmediato, ya que disminuye los tiempos entre que la persona busca preservativos y los obtiene.

Para ejemplificar, la estrategia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en Argentina, está orientada a tener preservativos en bares, discotecas y restaurantes, que son entregados a las personas al momento de pagar su cuenta.

Caso aparte es el tema de la distribución de lubricantes, ya que, está comprobado que el uso del condón sin lubricante aumenta el riesgo de que éste se rompa producto de la fricción que se genera. Actualmente la entrega de lubricantes de forma gratuita se encuentra condicionada por el paso de un control médico, además no es una política masificada, por lo que muchas personas no conocen que deben ir acompañados.

Para Augusto, es fundamental que la estrategia esté orientada hacia repartir condones de distintos tipos (internos o de pene, externos o de vulva, barreras de látex y condones de dedo),

pero acompañado de la entrega de lubricante. “Sería interesante que el Estado jugara un rol distinto, en donde promoviera el uso del condón y del lubricante, pero además que fuera considerado como una fuente de información”, agregó Contreras.

La disponibilidad y ofertas de preservativos también es una problemática en el país. En el mundo privado existen dos marcas que controlan el 90 por ciento del mercado de condones: LifeStyle de origen australiano y Durex de origen inglés, según señaló el medio nacional La Tercera en 2018. Esta situación favorece la falta de competencia que permita una disminución en los precios, ya que, según el estudio (2005) elaborado por MUMS y Sidacción anteriormente mencionado, una de las barreras mencionadas por los participantes del estudio estaba relacionado con el alto precio de los condones, lo que limitaba su accesibilidad.

En el sector público y de acuerdo con información solicitada por la comisión investigadora del VIH de la Cámara de Diputadas y Diputados en 2019 a través del oficio N°012-2019 al Ministerio de Salud, el Estado distribuyó a los servicios y Seremis de salud durante el 2018 un total de dos millones 494 mil 656 de condones externos extra resistentes; cuatro millones nueve mil 680 condones externos y un millón cuatro mil 500 condones internos. Adicionalmente, en los dispositivos de Atención Primaria de Salud durante ese mismo periodo se distribuyeron un total de 11 millones 170 mil 512 preservativos en total.

En resumen, el Estado distribuyó un total de 18 millones 679 mil 348 preservativos durante el 2018. Al cruzar estos datos con la cantidad de habitantes del país, según el último censo abreviado que fue aplicado en 2017, las personas censadas mayores de quince años fueron 14 millones 41 mil 628 y fracción. Es decir, anualmente el Estado en 2018 le entregó a cada persona mayor de quince años 1,2 preservativos.

Pese a ser la primera estrategia de prevención del virus en ser promovida a nivel internacional, estas barreras de acceso y de promoción en su uso, han mermado la capacidad de las personas de tener la costumbre en su uso.

Pruebas de detección: la estrategia del Test rápido

La oficina en Santiago de la “Aids Healthcare Foundation” (AHF) queda ubicada cercana al metro República. Es una casona que anteriormente perteneció a Mums Chile, agrupación orientada a la promoción de derechos para la comunidad LGBTIQ+ del país. En la casona reciben de forma diaria a personas, algunas llegan con temor de ser reconocidas, mientras que otras visitan el lugar sin problemas. El estigma de “hacerse el test” continúa siendo un tabú entre muchas personas, sin embargo, AHF Chile intenta que el espacio sea lo más amigable posible, para poder testear a la población que acude a la organización.

En la entrada de AHF, la recepcionista Vitalia González guía a las personas en el proceso. En primer lugar, se “activa” el protocolo Covid-19, que consiste en el registro de la temperatura y el lavado de manos. Luego de este primer acercamiento, la persona debe leer, rellenar y firmar dos documentos. El primero es un formulario de información personal y confidencial respecto de las prácticas sexuales de la persona, además de conocer sus datos personales de forma general.

Este formulario cumple, además, un doble propósito para la organización. El primer propósito es que el consejero que entrega el resultado (una vez finalizada la toma de muestra), tenga a la vista las prácticas sexuales de la persona (relacionadas con las medidas de prevención de VIH utilizadas, por ejemplo). En segundo lugar, la encuesta permite validar el testeo frente a AHF a nivel latinoamericano para el reporte de nuevos casos detectados.

El segundo documento es el “consentimiento informado”, el cual debe ser llenado con el nombre, RUT, DNI o pasaporte, además de la firma. En este papel, se le informa a la persona el tipo de prueba que se le aplicará (llamado “Test Visual Alere HIV Combo”) y se explica, a grandes rasgos, cuál sería el procedimiento en el caso de que el examen saliera “reactivo”, es decir, que en la muestra se detectara la presencia de anticuerpos y/o antígenos al VIH. Este documento es exigido por las autoridades sanitarias, y debe ser llenado en cualquier lugar donde se realice el examen, sea en un servicio público o privado.

Mediante esta información, se logra brindar una consejería personalizada caso a caso. Por ejemplo, hay personas que acuden al servicio cada tres meses, pese a no haber estado en una situación de riesgo de adquirir el virus. En estos casos, la consejería se orienta a que se acuda a la realización del examen conociendo cuales son las vías de transmisión, y derivando a otros

servicios (como el uso de Profilaxis de preexposición, por ejemplo) en caso de que la persona se vea frecuentemente enfrentada a estas posiciones.

La aplicación de Test rápido de VIH en el país se incrementó fuertemente hacia fines de 2017, mediante la realización de las primeras tomas de muestras “extramuro”, que implicaba, la realización de pruebas en espacios no hospitalarios, con una fuerte inserción en espacios sociales de alta concurrencia como ferias libres o playas.

Esta alza en la toma de muestras se debió principalmente a dos cambios en las normativas. La primera modificación ocurrió en 2013, cuando se incorporó a las Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES) la toma de muestra universal de VIH. La segunda modificación se aplicó en 2017, cuando se modificó la ley 20.987, para facilitar el acceso al examen para menores de edad, entre 14 y 18 años, sin la necesidad de contar con la autorización de sus tutores legales. Estas modificaciones permitieron, entre otras cosas, que más personas pudieran acceder a realizarse el examen (sin costo o barreras legales).

Uno de los primeros eventos masivos ocurrió en la Universidad de Chile. Específicamente en el Hospital Clínico universitario, que realizó durante los días 29 y 30 de noviembre de ese mismo año, un operativo masivo en el patio del recinto (ubicado en la comuna de Independencia, en Santiago), que coincidió con las primeras alertas respecto del aumento sostenido de casos del virus en el país. Al operativo acudieron más de mil personas, y a quienes no alcanzaron un cupo, se les sugirió agendar una cita en el centro de VIH del Hospital para realizarse el examen.

La masividad del evento dejó entrever una situación de la cual no se hablaba, hasta entonces: las personas sí querían testearse, pero no sabían dónde hacerlo.

El plantel universitario buscó repetir el operativo, sin embargo, esta vez fue solo para la comunidad universitaria. Desde la Casa Central de la Universidad de Chile y durante los días 25, 26 y 27 de abril del 2018 se aplicaron más de trescientos exámenes por jornada, logrando una cifra de poco más de mil muestras aplicadas, entre estudiantes, funcionarios y académicos.

El 23 de junio de ese mismo año se replicó la experiencia masiva, esta vez, en la marcha del Orgullo LGBTI de Santiago. El operativo estuvo a cargo de las organizaciones sociales, en conjunto con las autoridades sanitarias. El Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (Movilh), junto con AHF Chile, el Servicio de Salud Central y la Secretaría Regional Ministerial de Salud (Seremi) aplicaron cerca de dos mil test, previo al inicio de la convocatoria, en la Plaza Baquedano.

Un problema de estos operativos es que estaban focalizados; la primera de las experiencias sólo se aplicó durante dos días y con cupos limitados, además, sólo se aplicó en Santiago, dejando de lado lo que ocurría en el resto del país. La segunda experiencia fue aún más limitada, ya que sólo involucraba a la Universidad de Chile. En el caso de la tercera, se llegó a un público aún mayor, sin embargo, aún persistía el problema regional de estas experiencias. Es por esto que las autoridades sanitarias lanzaron, meses después, la campaña nacional de testeo mediante este tipo de actividades y concentraciones de público.

En el Museo de Bellas Artes, el 7 de diciembre del 2018, se comenzó a presentar la muestra “Chile tiene SIDA”, un recopilatorio de distintas obras de quince artistas nacionales donde se enseñaban pinturas, esculturas, impresiones gráficas, objetos, fotografías, videos, sonidos e instalaciones que buscaban representar, de cierta manera, a la historia del VIH en el país y que se mantuvo hasta el 27 de enero del 2019. Aprovechando estas instalaciones, las autoridades sanitarias decidieron lanzar, durante la mañana del 9 de enero, la campaña de testeo rápido “extramuro” a nivel nacional.

Esta campaña consistía en la aplicación de test visuales en distintos puntos del país, lo que incluía playas, centros universitarios, ferias libres, plazas y espacios comunitarios. Además, las autoridades sanitarias publicaron el listado de distintos servicios de salud del país en donde se aplicarían las muestras. En palabras del entonces Subsecretario de redes asistenciales, Luis Castillo, la cobertura de esta campaña llegaba al 99 por ciento de las comunas del país y al 96 por ciento de los Centros de Atención Primaria. “De Arica a Magallanes, en prácticamente todas las comunas, hay alguna instalación o dispositivo donde los chilenos pueden hacerse el test rápido”, señaló el Subsecretario durante el lanzamiento.

La Aids Healthcare Foundation (AHF) fue fundada en 1987 por Michael Weinstein en Los Ángeles, Estados Unidos bajo el nombre “Aids Hospice Foundation” (Fundación de cuidados paliativos para enfermos terminales a causa de SIDA). En un principio, la intención de sus primeros socios fue establecer un espacio de atención médica a personas afectadas por el SIDA en ese país, lo que con el tiempo se transformó en una fundación sin fines de lucro y que buscaba apoyar a las personas a vivir con el virus, no sólo entregarles cuidados paliativos para la etapa terminal.

En la actualidad, AHF cuenta con sedes en diferentes países alrededor del mundo, y su principal objetivo está en aportar con el cumplimiento de las metas de las Naciones Unidas de erradicar la epidemia del VIH/SIDA al 2030, mediante la reducción de nuevas transmisiones con la detección temprana de casos de VIH, utilizando la estrategia de test visual o rápido.

Veinte años después de su fundación, en 2007 se instaló la primera oficina en México, dando inicio al trabajo de la organización en la región Latinoamericana. Desde entonces hasta la actualidad, cuentan con 213 centros de atención médica. Según estadísticas internas, en el 2019 la organización realizó 350 mil pruebas de detección rápida de VIH, entregaron tratamiento antirretroviral a 276 mil personas y se distribuyeron cerca de veinte millones de preservativos, cifras que reúnen el trabajo realizado por todas las oficinas latinoamericanas.

La sede chilena está dirigida por Leonardo Arenas, trabajador social y activista por los derechos humanos y de las personas viviendo con VIH. Le ofrecieron asumir el cargo a fines de 2016, idea que se concretó a inicios del 2017, cuando participaron de las actividades organizadas por el “día del condón” que se celebra cada 13 de febrero.

A la oficina de AHF llegan diariamente personas que agendan cita, o bien, que sin previo aviso aparecen buscando ayuda u orientación. A través del sitio web “pruebadevihgratis.cl”, (que aparece de los primeros en los motores de búsqueda de Google), la organización tiene el primer acercamiento con el usuario. Dentro del sitio, la pestaña “agenda tu cita” permite a la persona conseguir una hora para realizarse el test, o bien, recibir el apoyo para vincularse al tratamiento del VIH, en el caso de que la persona ya conozca su diagnóstico. Además la Fundación cuenta con otros canales de comunicación, como redes sociales y una línea telefónica de mensaje

rápido, a través de la cual también se puede agendar una hora, sea cual sea la necesidad del usuario. La meta anual de AHF Chile son diez mil personas testeadas.

Lo cierto es que durante la primera hora de funcionamiento del viernes 3 de septiembre, de siete exámenes practicados ya habían detectado un reactivo. A nivel nacional, la oficina de AHF Chile tiene uno de los porcentajes más altos de reactividad, el cual llega al 8 por ciento de las muestras realizadas anualmente. Esto es, porque buscan enfocar la atención hacia las poblaciones clave del país, que, en palabras de Leonardo Arenas, son hombres que tienen sexo con hombres, varones gays y mujeres trans.

Durante 2018, en las reuniones para la planificación estratégica regional de AHF, realizadas en Puebla, México, se observó que, pese a realizar una alta cantidad de pruebas de detección para el VIH, no habían logrado detectar un número importante de nuevas infecciones, Para ello, se dio paso a la estrategia basada en la evidencia de cada país, respecto de la prevalencia del virus. Esta fórmula varía en cada lugar, puesto que, las “poblaciones clave” no son las mismas, ni tampoco son fijas en todas las regiones, ya que, varían de país en país. En la asamblea llevada a cabo en 2018, se fijó como meta tener al menos un cuatro por ciento de positividad en los tests realizados por cada centro de la fundación.

Desde que se detectó el primer caso de VIH en el país hasta la actualidad, la mayoría de casos se han concentrado en las poblaciones que Arenas menciona, pese a que existe una prevalencia -al aumento- de casos de mujeres cisgénero. Según los resultados obtenidos por la organización, al aplicar esta estrategia de búsqueda de al menos un cuatro por ciento de casos positivos de las muestras realizadas, se ha logrado duplicar la cifra, llegando a la positividad mencionada anteriormente.

Distinto es de lo que se realiza a nivel estatal, en donde es fundamental que el testeo esté disponible para el público en general que requiera realizarse una prueba de detección del VIH. Sin embargo, al observar las cifras de transmisiones del virus en el país, se puede observar que existe una razón de que por cada mujer cisgénero que vive con VIH en Chile, hay 5,7 varones (1:5,7 casos) lo que dicho de otra forma, se traduce en que el 85 por ciento de los casos en el país, recaen en varones homobisexuales. Además, se puede observar que el 99 por ciento de los casos, ocurre por transmisión sexual (dejando de lado a las otras vías de transmisión) y que la epidemia se concentra en personas de entre 20 y 49 años. De esta forma, se puede generar un

perfil (general) de las personas seropositivas en el país (según la información obtenida desde el Ministerio de Salud, en su presentación para la comisión investigadora del VIH/SIDA de la Cámara de Diputados, en 2017).

Mediante el Registro de la Plataforma Informática de exámenes VIH realizados en sectores público y privado de salud del Instituto de Salud Pública, se observó que, por ejemplo, en 2017 se aplicaron (a nivel nacional) un total de un millón trescientos diecisiete mil pruebas, de las cuales, se confirmaron cinco mil ochocientos dieciséis. La positividad, por lo tanto, durante ese año fue de apenas un 0,4 por ciento a nivel nacional. Distante de los resultados obtenidos por AHF.

Anualmente las autoridades sanitarias licitan, mediante Mercado Público, la realización de estos operativos. Sin embargo, estos operativos no tienen una meta de positividad, solo se busca realizar pruebas, por lo que, en muchas ocasiones los resultados son igual a cero casos positivos detectados. A las organizaciones o instituciones que se adjudican estos fondos, solo se les exige que cuenten con un servicio de derivación, en caso de obtener un caso reactivo. Para Leonardo Arenas, esta situación es una pérdida de oportunidad y un mal uso de los recursos públicos.

Para poder mejorar en sus estadísticas y lograr los objetivos propuestos a nivel regional por la Fundación, en AHF han utilizado distintas estrategias comunicacionales. Por ejemplo, a través de campañas en redes sociales, creación de videoblogs en la plataforma YouTube y recientemente, con la creación de un Podcast informativo. Además, han buscado aliarse con distintas organizaciones de la comunidad LGBTIQ+, para generar un flujo de personas que quieran testearse, y de esta forma, lograr llegar a más casos positivos que no conozcan su estado serológico.

Por otro lado, el seguimiento que realiza la organización (con las personas que resultan reactivas en el examen) es fundamental para que se active la canasta GES y la persona pueda iniciar su terapia lo antes posible. En este caso, se apoya a las personas con consejería y vinculación con un servicio de salud, de la zona en la que viva o le acomode. Este proceso permite dar un seguimiento al usuario, no dejándolo solo con el resultado, sino que, brindándole acompañamiento.

En este sentido, la importancia del testeo radica en que, si la persona está en una etapa inicial de la infección crónica por VIH, no desarrollará las enfermedades “oportunistas” ni las infecciones asociadas al virus (comúnmente conocido como “etapa SIDA”). Además, podrá iniciar su Tratamiento Antirretroviral (TARV), logrando la indetectabilidad del virus. Esta estrategia forma parte de la prevención combinada como parte de una intervención biomédica, dado que, permite cortar las nuevas transmisiones del virus.

Infancia seropositiva

Durante los años 90’ la información sobre el VIH en Chile aún era escasa, sobre todo, relacionada con las vías de transmisión. Pese a que en 1982, las sociedades científicas que lideraban las investigaciones en torno a la “enfermedad”, ya habían identificado las vías (sexual, intravenosa y maternoinfantil), en el país predominaba el estigma asociado a la población gay.

En 1994 Ángela Ayán recibió una transfusión sanguínea en el hospital Gustavo Fricke de Viña Del Mar después de ser operada de emergencia, sin saber que había copias de VIH en la sangre. Tres años después de las transfusiones, supo que estaba embarazada por lo que acudió a una clínica privada en Santiago para realizarse exámenes de rutina. Cuando fue a retirar los resultados notó que había algo raro, tanto la matrona como la ginecóloga que la atendieron estaban con mascarillas y guantes y le exigieron que no se acercara a ellas. Luego de entregarle sus resultados le dijeron que no la atenderían y que buscara otro lugar, puesto que ella tenía SIDA y que en esa clínica no recibían personas con “esa enfermedad”.

Luego de este gran golpe al cual jamás pensó que se vería enfrentada, Ángela empezó a buscar información al respecto y fue así como llegó hasta la Fundación Arriarán, fundada en 1991 como centro de referencia y atención integral para personas viviendo con VIH en Chile. En este lugar comenzó a recibir la atención, en donde se activó el protocolo sanitario para casos de VIH en mujeres embarazadas.

Este protocolo consistía en la administración a la madre de tratamiento antirretroviral antes del parto, para que pudiera disminuir su carga viral. Adicionalmente, el bebé debía nacer por cesárea y se le empezaba a administrar el tratamiento (para adultos hasta ese entonces) apenas nacía con la finalidad de evitar que el virus se multiplicara en la sangre y evitar la transmisión

del virus. Sin embargo, al realizarle los exámenes tres meses después del parto a la bebé, los médicos se dieron cuenta que no había funcionado: Génesis tenía VIH.

Se ha definido como transmisión vertical del VIH a aquella en donde la infección sucede durante la gestación, el parto y/o a través de la lactancia materna, desde una madre hacia su hijo o hija. Las investigaciones científicas han demostrado que mientras la persona seropositiva se encuentra en tratamiento y logra disminuir las copias de virus en la sangre hasta la indetectabilidad, el riesgo de transmisión cae a cero. Sin embargo, no existe mucha investigación en torno a esta vía, pese a ser la principal causa de infección en niños, niñas y adolescentes.

Por esto último, el protocolo no ha cambiado desde inicio de los 90' en Chile hasta la actualidad. De acuerdo con la guía clínica AUGÉ para el VIH elaborada por el Ministerio de Salud en 2013, en el primer control prenatal se sugiere realizar la primera prueba para conocer el estado serológico de la embarazada, testeo que se sugiere nuevamente entre las semanas 32 a 34 del embarazo para poder activar el protocolo en el caso de que saliera positiva. Al no ser obligatorio el testeo de VIH (puesto que requiere un consentimiento informado y firmado), si la gestante no se ha aplicado estas muestras, en el momento del parto se realiza un “test visual” o rápido, con la finalidad de conocer si la persona vive o no con el virus.

En el caso de que alguno de estos tres exámenes diera positivo, se deriva a la embarazada a un centro de atención de VIH para poder iniciar el tratamiento antirretroviral lo antes posible, puesto que se busca suprimir la carga viral. Los siguientes controles prenatales se realizan en una unidad de alto riesgo obstétrico. Adicionalmente, se realizan exámenes de carga viral y recuento de linfocitos TCD4 (defensas del cuerpo) a las seis semanas de iniciado el tratamiento, obligatoriamente también se realiza en la semana 34 de gestación. Esta información es crucial para prevenir la infección del bebé, puesto que la mayoría de los casos de transmisión vertical ocurre en el momento de parto por el contacto directo con la sangre de la madre.

Casi de forma obligada a las gestantes seropositivas se les practica cesárea en la semana 38 del embarazo, ya que, la evidencia señala que disminuye en un 50 por ciento el riesgo de transmisión del virus. También de manera preventiva, se administra Zidovudina (AZT) infantil

en jarabe, durante seis semanas y cada seis horas al bebé. Se inicia la administración del medicamento entre ocho a doce horas después del parto.

El protocolo también indica la suspensión de la lactancia materna, puesto que también se han encontrado copias de virus en el calostro y en la leche, lo que sumado a la inmadurez del sistema inmune del recién nacido, aumenta el riesgo de la transmisión del virus. Esta proteína esencial para el desarrollo del bebé debe ser reemplazada por leche artificial.

La aplicación de estas indicaciones surgieron a inicios de la década de los 90'. Entre 1991 y 1993 en Estados Unidos y Francia, el Grupo sobre ensayos clínicos de SIDA (*AIDS Clinical Trial Group*) desarrollaron la investigación para la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH, método que fue denominado "Protocolo ACTG 076". A través de esta investigación se logró demostrar una importante reducción frente a la infección entre aquellas gestantes que iniciaban la terapia versus las que estaban en el grupo de control (mediante el uso de placebo). En el primer grupo, las infecciones ocurrieron en el 8,3 por ciento de la muestra, mientras que en el segundo las infecciones ocurrieron en el 25,5 por ciento.

Finalmente, el estudio concluyó que la aplicación correcta de este protocolo en gestantes seropositivas disminuía significativamente el riesgo de transmisión vertical a solo un 2,5 por ciento de los casos. Es por esto que su aplicación temprana en la detección del virus durante el embarazo es fundamental para la reducción de infecciones en niños y niñas.

Pese a no tener claridad con respecto a que pasó en el caso de Génesis con la aplicación del protocolo, su seroconversión hizo que su madre decidiera tomar un rol protagónico en la lucha por tratamientos para las personas que vivían con el virus. En una oportunidad, cuando se estaba presentando el descubrimiento del exámen de carga viral y su pronta utilización en el país (para aquellas personas que pudieran pagar el costoso examen que en la fecha ascendía a un millón de pesos chilenos), Ángela interpeló al médico que daba la charla, el infectólogo Pablo Vial, señalándole que, si no había dinero para los tratamientos, menos iba a haber para realizarse el examen.

Esta instancia dio pie para que el doctor Vial se interesara por conocer a esa mujer que lo interpeló en público y sin problemas en mencionar que vivía con VIH. Fue así como la citó a su consulta médica, en donde Ángela llegó con su bebé aún de meses.

Semanas después llegó a su casa un mensajero que llevaba frascos de pastillas: era terapia antirretroviral especial para niños (con menor toxicidad que la que se administraba en adultos). Durante toda su infancia - y hasta que no se incorporó la entrega de medicamentos para las personas seropositivas en el sistema público - Génesis fue apadrinada por el doctor Vial, quien cada mes le enviaba el tratamiento importado desde Estados Unidos.

Al recordar su infancia, Génesis no tiene muy claro cuando supo que vivía con VIH (o la carga social que ello implicaba), debido al activismo que había desarrollado su madre en la organización “Vivo Positivo”. El virus siempre estuvo presente en la mesa, todos en su familia lo sabían, su mamá viajaba a eventos internacionales y nacionales a dar charlas de lo que significaba ser mujer seropositiva en Chile y la incansable lucha por tener medicamentos para toda la comunidad.

Cuando entró al colegio no tuvo mayores complicaciones de parte de sus pares, pese a tener que tomar pastillas en las mañanas y en las tardes. Tomaba tratamiento para niños, que era menos tóxico y menos invasivo en comparación a los medicamentos que había para adultos en esa época. Aunque probablemente era la única niña en Chile que tenía el privilegio de poder tomar tratamiento infantil, por el apadrinamiento del Dr. Vial.

Los jueves en el Hospital San Borja Arriarán se reunían cerca de quince niños que asistían a sus controles médicos. El hospital había optado por dejar sólo ese día para la atención de los usuarios infantiles de VIH, entonces era un día de gran diversión para Génesis, ya que se reunía con sus amigos, y jugaban en la única sala habilitada para la atención. De todos los niños que asistían los jueves a control, la única que conocía su diagnóstico real era Génesis. La mayoría de las familias (de los demás niños) prefería mentirles y cambiar la enfermedad, la mayoría de ellos creía que tenía cáncer, muchos de ellos se enteraron recién en la adolescencia que tenían VIH.

El aprendizaje de Génesis respecto de su diagnóstico, sumado con poder tomar un tratamiento adaptado para niños le significó tener un mejor desarrollo que al resto de los niños que se

atendían en el San Borja, quienes aún viven las consecuencias de utilizar un tratamiento que no iba acorde con su edad, generando problemas a la salud y efectos secundarios de largo plazo, tanto físicos como psicológicos. Estos últimos más relacionados con aprender a vivir con el virus y aceptarse seropositivo.

De acuerdo con una publicación realizada en 2018 por el medio “El Desconcierto”, desde el primer caso de transmisión vertical hasta el 2017 habían nacido 382 niños con VIH en el país, de los cuales, 137 nacieron durante los 90’. La mayoría de estos casos ocurrieron por problemas en la aplicación del protocolo relacionados con la toma del test durante el embarazo.

La cifra más alta, eso sí, se dio durante el 2000 y el 2005, donde se contabilizaron 144 niños nacidos con el virus. En 2005 se incorporó la patología VIH/SIDA como una Garantía Explícita de Salud (GES) dentro del Plan de Acceso Universal (AUGE). Desde ese año en adelante las personas con VIH pudieron acceder al tratamiento antirretroviral de manera gratuita en todo el país, lo que permitió regular la activación del “Protocolo ACTG 076” en mujeres embarazadas y como consecuencia, el descenso en la cifra de casos de niños seropositivos en el país.

Debido a los avances científicos y tecnológicos en torno a las investigaciones sobre el VIH y la aplicación correcta de las estrategias, a nivel mundial se ha observado una disminución significativa de casos reportados por transmisión vertical. De hecho, de acuerdo con el informe “Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018” realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), durante la década del 2010’ se logró prevenir la infección de 30 mil 800 niños y niñas en la región americana, incluyendo los reportes de todos los países del continente. Sin embargo, según el mismo informe, cada año seguían naciendo alrededor de 3 mil 500 niños y niñas con el virus en Latinoamérica y el Caribe.

A propósito de lo anterior, la OMS estableció en el 2010 la meta de lograr una generación libre de SIDA, que en términos de transmisión vertical implicaba la eliminación de esta vía de infección. Cuba fue el primer país del mundo en lograr la meta: en 2015 se entregó la certificación correspondiente, de que se había logrado la erradicación de la transmisión materno-infantil en dicho país tanto de VIH, como de sífilis. En la ceremonia de certificación,

se mencionó que Estados Unidos, Puerto Rico, Canadá y Chile estaban cerca de lograr la meta, que consistía en llegar a tasas de menos de 0,5 casos por cada mil nacidos vivos durante un año calendario. Adicionalmente la OPS recomendaba que el país mantuviera dicha cifra por al menos dos años, para poder obtener la certificación. Hasta la fecha, aún Chile no ha sido certificado como un país libre de transmisión vertical de VIH.

Crecer siendo seropositiva nunca fue un tema para Génesis, hasta que en la enseñanza media tuvo un fuerte debate con una profesora, quien durante una clase de lenguaje habló sobre el tema. Fue salir del closet, ya que reveló en medio de la clase que vivía con el virus. Lo que más le indignó a Génesis fue la forma en cómo hablaba de VIH, con información errónea y cargada de estigma y discriminación hacia las personas seropositivas.

Durante este mismo periodo Génesis tuvo una relación amorosa que la marcó, puesto que su pareja cuando se enteró que vivía con el virus le recriminó si ella estaba consciente de que “lo iba a matar”. Además de estas situaciones, le cambiaron el tratamiento; dejó la terapia infantil para pasar a una de adulta que le provocó diversas reacciones secundarias. Es por esto que decidió (a escondidas de su familia) abandonar la terapia. Por primera vez, sentía el peso de la serofobia encima.

No fue hasta el 2018, cuando conoció al Círculo de Estudiantes Viviendo con VIH, que Génesis retomó la regularidad en su tratamiento. Entrar a CEVVIH le ayudó a conocer otras realidades, alejadas de la de ella. Pese a que la mayoría de sus integrantes eran jóvenes y adolescentes, todos los demás vivían con el virus por transmisión sexual, era y sigue siendo la única vertical. Sin pensarlo mucho y retomando el camino de su mamá, Génesis empezó a formarse como activista, para poder visibilizar las realidades de la infancia seropositiva, la que para ella, se encuentra totalmente invisibilizada en el país.

Actualmente, Génesis (24) es administradora gastronómica pese a que se trabaja en otra área. Hace tres meses que está saliendo con Juan, a quien conoció por intermedio de un amigo. Esta vez, contarle su diagnóstico no fue una experiencia traumante como en su primera relación, de hecho, le contó en una llamada telefónica en la que conversaban sobre temas triviales y sin tanto pensarlo. “Me pasa regularmente que, a medida que voy conociendo a alguien prefiero contarle,

porque me encanta poder hablar del tema, creo que en Chile hay mucha falta de educación sexual, entonces tenemos que hablar de la prevención para que el resto tome conciencia respecto del VIH”, agregó.

Profilaxis de preexposición

Oscar llegó a Santiago para poder estudiar diseño, luego de haber estudiado la enseñanza secundaria en Puerto Varas. Crecer lejos de la metrópolis no fue fácil, Por ser homosexual recibió acoso por parte de sus pares en el colegio, además de escasa información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual, y sexualidad en general. De hecho, la primera vez que escuchó sobre el VIH fue a los 19 años, un año después de “salir del closet” y asumir su sexualidad. Durante este tiempo, empezó a ver distintas series de temáticas LGBTIQ+, como “*Pose*”, “*Historias de San Francisco*”, entre otras, que lo llevaron a aprender sobre la problemática del SIDA en los años 80’ y 90’ en Estados Unidos.

Entre lo que recuerda sobre el virus, de los escasos conocimientos que aprendió en la enseñanza secundaria, fue que se comentaba que era una enfermedad de gays, el fantasma que acompañaba a quienes asumían su sexualidad. Pese a que su colegio no dependía de la iglesia católica, si tenía una orientación religiosa, por lo que hablar de homosexualidad sólo llevaba a que sus profesores hablaran acerca de que “los gays que querían formar familia eran enfermos”, y otros prejuicios cargados de estigmas y discriminación hacia él, en ese momento.

A los veinte años se vio expuesto a una situación de riesgo, momento en que se dio cuenta que necesitaba informarse más del tema, y dejar atrás las visiones que le habían entregado, para estar consciente de las acciones de autocuidado, fue así como decidió tomar riendas del asunto, así que acudió a hacerse exámenes.

Si bien, nunca tuvo una vida sexual “muy activa”, quería optar por una estrategia de prevención que fuera más allá del uso del condón, y fue así como llegó a la Profilaxis de Preexposición, la PrEP.

En el año 2004 la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de Estados Unidos (FDA por su sigla en inglés) aprobó la utilización del fármaco conocido comercialmente como “Truvada”, el cual combinaba Tenofovir y Emtricitabina (medicamentos que ya se encontraban previamente aprobados por dicha agencia) y que funcionaba como tratamiento antirretroviral para las personas viviendo con VIH.

Sin embargo, las investigaciones científicas en torno a la utilización de la Truvada no se detuvieron en esa primera aprobación, lo que llevó a que siete años después, hacia fines del 2011, la industria farmacéutica Gilead Sciences, Inc. solicitó a la FDA la autorización para la comercialización de la utilización del fármaco, pero esta vez, como método preventivo.

El respaldo que tenía la farmacéutica era el estudio “IPrex” publicado en la revista “New England Journal of Medicine”, el 23 de noviembre del 2010, en donde se daba a conocer el resultado de la investigación liderada por un equipo internacional de científicos que buscaban otras formas de prevención para el VIH.

La investigación de modalidad doble ciego (en donde existen usuarios que reciben el fármaco, mientras otros reciben placebo), fue llevada a cabo entre julio de 2007 y diciembre de 2009, en él participaron 2470 hombres que tenían prácticas homobisexuales, además de 29 mujeres transgéneros en once centros de salud localizados en Brasil, Ecuador, Perú, Sudáfrica, Tailandia y Estados Unidos. Para participar de la investigación, a las personas se les aplicó una prueba inicial (para confirmar que no tuvieran VIH). Adicionalmente, se priorizó a personas que fueran consideradas de “alto riesgo”, ya que tenían un promedio de 18 parejas sexuales en los últimos tres meses previos al inicio del estudio.

Al finalizar la investigación se contabilizaron cien nuevas infecciones entre los participantes, treinta y seis de ellas, se dieron entre las 1251 personas que se encontraban en tratamiento con Truvada. El resto de las infecciones (64) se ocasionaron entre las 1248 personas que estaban en un grupo con “placebo”, es decir, sin recibir la medicación. Respecto de las infecciones, se observó que los usuarios que mantenían una buena adherencia al medicamento tenían un nivel más alto de protección, frente a aquellos que no seguían el tratamiento de forma regular.

Luego de la publicación de los resultados y posterior presentación en la Conferencia Mundial del SIDA, organizada anualmente por la International Aids Society (Sociedad Internacional del SIDA) fue que se solicitó, por parte de Gilead, la aprobación ante la FDA. Finalmente en julio del 2012 fue aprobado por la agencia estadounidense, sin embargo, se exigió que fuera parte de una estrategia de prevención integral, que incluyera otros métodos preventivos relacionados con la entrega de información oportuna para tener prácticas sexuales seguras, realización periódica de exámenes y pruebas de VIH, es decir, bajo supervisión médica.

Para recibir más información sobre la PrEP en Chile, Oscar inició una búsqueda por internet que lo llevó a la cuenta en Instagram de “ChilePrEP”. En la organización le brindaron toda la información necesaria en relación con los medicamentos, sin embargo, aún no tenía claro cómo obtenerla. Entonces, inició una búsqueda de especialistas que lo llevó a dos situaciones discriminatorias, en donde los profesionales de salud le consultaron el motivo de querer iniciar este tratamiento para finalmente rematar con que “ese tratamiento era para personas promiscuas, no para gente como Oscar”.

En la tercera oportunidad tuvo mayor suerte, consiguió una hora con el doctor Felipe Valdés, quien atendía en la clínica Bupa de Integramédica en Santiago. Con la ansiedad de saber si podría conseguir el tratamiento, lo buscó en Instagram y le envió un mensaje, para tener claridad si él podría darle mayores indicaciones sobre cómo acceder a la terapia y tuvo suerte. Al llegar a la cita médica, el doctor Valdés le explicó que el tratamiento tenía al menos tres formas de aplicarse: la primera modalidad era la tradicional (una pastilla de Truvada cada 24 horas), la segunda modalidad consistía en un tratamiento acorde a las prácticas sexuales “On Demand” (dos pastillas 24 horas antes de tener sexo, una pastilla 24 horas después de la primera dosis y una pastilla a las 48 horas posteriores a la primera dosis), y finalmente, otra modalidad que no recordaba (que consiste en la modalidad de días saltados, de acuerdo con lo que se recomienda a nivel internacional).

Adicionalmente, Oscar recibió una serie de indicaciones relacionadas con tomas de muestras para conocer su estado de salud, y se le dio la orden para aplicarse vacunas preventivas de otros virus. Todo parecía indicar que por fin podría acceder al tratamiento, sin embargo, debido a la complejidad del proceso, Oscar tuvo que retrasar los trámites. En paralelo, el médico al que

había acudido le dejó una receta del medicamento, pero con la sugerencia de aplicarse las vacunas solicitadas.

El primero de agosto del 2019, las autoridades sanitarias anunciaron el plan piloto de la prestación del servicio de profilaxis preexposición en el sistema público chileno. Inicialmente, solo estuvo disponible en nueve servicios de salud de cuatro ciudades del país: Antofagasta, Santiago, Temuco y Puerto Montt. Para poder acceder al programa, las personas debían cumplir ciertos requisitos como ser parte de las poblaciones clave y tener prácticas sexuales de riesgo, ser mayor de 18 años y estar afiliado al sistema público, es decir, ser usuario de Fonasa.

Sin embargo, poco más de un año después del lanzamiento de la nueva política pública, el medio La Tercera informaba que solo 254 personas estaban dentro del tratamiento. Bastante lejos de las cinco mil personas que se esperaba fueran beneficiarias de este tratamiento. Alguna de las razones relacionadas con estos números, estaba ligado a la llegada de la pandemia por Covid-19, lo que implicó una readaptación de muchos servicios de salud, además de la incorporación de médicos infectólogos a la lucha contra el coronavirus, dejando de lado la atención tanto para personas que ya vivían con VIH, como para aquellas que buscaban acceder a tratamientos preventivos como la PrEP.

Por otro lado, la difusión dada a la prestación del servicio fue escasa. Aparte de unas cuantas publicaciones en las redes sociales del Ministerio de Salud y las notas de prensa en medios durante el día del lanzamiento, no hubo más información que emanara desde la autoridad sanitaria para promover el uso de PrEP. Tampoco se volvió a hablar acerca de qué sucedería con las personas que no vivían en las regiones o ciudades en donde el servicio se iba a prestar (Antofagasta, Santiago, Temuco y Puerto Montt).

En el sistema privado, la regulación de la incorporación de esta prestación operó de forma distinta. Por ejemplo, en mayo de 2019, la Isapre Consalud decidió incorporar la prestación para sus afiliados, para apoyar financieramente a costear el medicamento a las personas que decidieran iniciar el tratamiento. Cabe mencionar, que el frasco para un mes de Truvada ronda los 400 mil pesos chilenos, elevándose a casi cinco millones de pesos un tratamiento anual. Otro ejemplo del sistema privado ocurrió en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en

donde la unidad de atención de VIH había firmado un convenio con la farmacéutica que importaba el medicamento al país. De esta forma, las personas que quisieran acceder al tratamiento debían atenderse en este servicio, y pagar alrededor de 70 mil pesos chilenos por el frasco mensual.

Con la información un poco más clara, Oscar empezó la búsqueda por conseguir los frascos de Truvada en distintas farmacias privadas de Santiago. Sin embargo, se topó con una situación difícil: el costo del tratamiento bordeaba los 150 mil pesos mensuales (por contar con la receta), el cual se alejaba del presupuesto que tenía pensado. En ChilePrEP había leído que el medicamento se podía importar, desde la plataforma “Green Cross Pharmacy”, al cargar la receta podía acceder a la compra e importación del medicamento, lo que para tres meses costaba 75 dólares con el costo de envío incluido, aproximadamente, 60 mil pesos chilenos.

En un principio le costaba creer que era posible la importación de medicamentos, razón que lo llevó a seguir buscando alternativas para poder comprar el tratamiento, llegando al sitio web “Miprep.cl” en donde la empresa farmacéutica TEVA Chile tiene a disposición de quien lo requiera, un cupón de descuento de hasta el 60 por ciento, con cuatro farmacias: Farmacia Carmen, Salcobrand, Profar y Cofar. Intentó comunicarse con las cuatro, nunca pudo comunicarse con la farmacia Carmen; en la segunda -Salcobrand- el costo (aún con el descuento) superaba los 100 mil pesos; en la tercera -Profar- costaba 39 mil pesos y en la última -Cofar- costaba 45 mil pesos, sin embargo, estas últimas dos no tenían stock del producto.

Un poco desesperado por el exceso de burocracia al que se vio expuesto para poder acceder al tratamiento, que supuestamente era parte de las políticas de prevención de las autoridades sanitarias del país, finalmente optó por la importación.

“Yo nunca había hecho esto, no tenía idea que se podían importar medicamentos, pero en Green Cross busqué el medicamento que más me convenía y finalmente compré los medicamentos, cargando la receta en la plataforma”, agregó Óscar.

Luego de un largo tránsito por distintas páginas web, y visitas médicas cargadas de preguntas incómodas e innecesarias, finalmente pudo acceder al tratamiento. No lo consiguió ni en el país, ni tuvo las facilidades para poder acceder al tratamiento, de acuerdo con lo estipulado en las políticas públicas, lo que acentúa las barreras del sistema presentes en la prevención al VIH.

“Me frustra y me da rabia que la información no esté disponible o no sea clara, precisa y de fácil acceso, con alternativas y un paso a paso desde el doctor y los exámenes hasta tomar la pastilla y esto ocurre porque la estrategia está mal aplicada. No se si existe una guía de los pasos a seguir para poder acceder al tratamiento, pero es el mismo sistema el que te pone barreras que te hacen no llegar a la prevención”, mencionó.

Indetectable es igual a Intransmisible

José Reyes nació en un pueblo pequeño dentro de Molina en la región del Maule. En su lugar de nacimiento la mayoría de las cosas giraban en torno a la iglesia mormona, por lo que cualquier mención a una orientación sexual o identidad de género diferentes a las normas era considerado pecado. Crecer con la idea del pecado en la cabeza lo motivó a ir a la iglesia desde los 16 años, para pedirle a dios que le quitara lo homosexual, intención que mantuvo hasta los 18 años, cuando conoció a su primer pareja a través de internet.

Pese a que en su hogar sus padres no eran tan practicantes de la iglesia, el entorno que lo rodeaba si lo era, quienes constantemente hablaban de la visión castigadora de dios para quienes no cumplieran con la interpretación que ellos le daban a la biblia. Es decir, la idea de que ser gay era un pecado. La visión sobre la sexualidad que se tiene en la iglesia mormona se basa en la virtud de la persona, la cual es corrompida por el sexo antes del matrimonio, la masturbación y el ver porno. También existe una ley de castidad que se aplica para todas las personas de la iglesia y que señala que es necesario realizar una estricta abstinencia sexual en la soltería y una completa fidelidad al cónyuge durante el matrimonio.

La fuerte presencia religiosa en su entorno familiar hizo que toda la educación sexual de José estuviera en base al programa gubernamental “Quiero Ser”, el cual estaba enfocado en estudiantes de entre quinto y octavo básico, pero no necesariamente hablaba de sexualidad, sino más bien, estaba enfocado en el consumo de drogas. De hecho, estaba a cargo del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace) del Ministerio del Interior y del Ministerio de Educación, en colaboración con la Fundación Paz Ciudadana.

Adicionalmente, también buscaba informarse respecto de sexualidad a través de enciclopedias que encontraba en su casa, fue así como una vez llegó a través de una lámina de Icarito a un apartado sobre infecciones de transmisión sexual, específicamente, VIH. “Algún día voy a morir de esto” fue lo único que pensó, sin saber por qué.

El primer tratamiento para el VIH fue aprobado por la Administradora de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) en 1987. La Zidovudina o AZT fue un gran alivio pero también un gran problema. Por una parte, las personas que empezaban el tratamiento lograban, en cierta forma, controlar el virus. Pero por otro lado, su alta toxicidad hacía que muchas personas tuvieran graves efectos secundarios que finalmente terminaban por empeorar aún más el estado de salud. Este hecho hizo que muchas personas que obtenían el AZT, preferían no tomarlo para evitar los efectos que este medicamento provocaba.

Luego de una larga data de investigaciones y mejoramientos en los tratamientos antirretrovirales, que lograron reducir los regímenes de varios medicamentos diarios a una dosis única al día y reducción considerable de la toxicidad en los fármacos, además de los efectos secundarios a corto y mediano plazo, durante la 22va Conferencia celebrada en Ámsterdam en 2018 se presentó los resultados de la investigación Partner II.

Con el antecedente previo de los resultados del estudio Partner I presentado en 2014, en donde, luego de analizar los reportes de 44.400 relaciones sexuales en parejas serodiscordantes heterosexuales y homobisexuales (donde una de las partes vivía con VIH y la otra no) se llegó a la conclusión de que la probabilidad de la transmisión del virus era igual a cero, ya que, de las 1110 parejas que formaron parte del estudio, en ninguna hubo transmisión de virus en tanto la persona seropositiva se mantenía en tratamiento antirretroviral y lograba reducir su carga viral hasta ser indetectada por los análisis sanguíneos. Es decir, que indetectable era igual a intransmisible.

Al obtener estos primeros resultados, se inició el reclutamiento de parejas de varones cisgénero gays y/o bisexuales durante los años 2010 y 2017, para confirmar si los resultados del estudio Partner I también aplicaba para parejas del mismo sexo. En el periodo se logró enrolar a un total de 972 parejas en 75 clínicas de 14 países europeos. Los resultados fueron favorables nuevamente. Tras el análisis de 76 mil relaciones sexuales sin barreras de protección, o se

registraron casos de transmisión en parejas estables (donde no hubiera relaciones sexuales con terceros sin protección). Obviamente, en estos resultados, se encontró que a medida que la adherencia al tratamiento fuera más alto, el riesgo también disminuía (en casos de involucrar a terceros en las relaciones sexuales).

A fines del 2015, José estuvo nueve días hospitalizado por una hepatitis en el hospital de Molina, lugar de trabajo de su padre, por lo que uno de sus principales temores era levantar sospechas en él respecto de su sexualidad. A inicios del 2016 su estado de salud empeoró, ya que perdió cerca de diez kilos y se le inflamaron los ganglios de la garganta, lo que le hizo pensar que quizás podría tener cáncer. Fue así como le aplicaron el test de VIH para saber si tenía la infección.

Cuando José recibió el diagnóstico, tenía muy poca información sobre el virus, no entendía la diferencia entre VIH y el SIDA y consideraba que su nueva realidad implicaba una sentencia de muerte, por lo que pese a tener el resultado reactivo inicial, no quiso volver al hospital para recibir el resultado confirmado por el Instituto de Salud Pública (ISP). Esta situación hizo que su salud mental se deteriorara, al punto de tener crisis de pánico recurrentes, porque sentía que lo que tenía adentro era una bomba que en cualquier momento iba a explotar. Volver al hospital implicaba aceptarlo y tenía miedo de aceptarlo.

No fue hasta septiembre de ese año cuando volvió para conocer el resultado oficial y fue así cómo se enteró que era seropositivo. La persona que lo atendió le comentó respecto del tratamiento, de los efectos que éste tenía en el cuerpo y que independiente de su estado de salud iba a estar bien, que incluso las personas que llegaban en etapa SIDA lograban revertir esta situación y vivían una vida normal.

Quizás la parte más difícil de esta nueva realidad fue tomar pastillas todos los días y mantener la adherencia. Al mismo tiempo que recibió el diagnóstico estaba por terminar su carrera universitaria de pedagogía en inglés, así que empezó a trabajar en colegios de Talca, lo que lo llevó a esconderse cada vez que debía tomarse los medicamentos. Pese a lo anterior, el tratamiento le provocó ictericia que consistía en un aumento de la bilirrubina en la sangre que

provocaba una coloración amarillenta en la piel y en los ojos, por lo que no era tan simple ocultar que algo le pasaba.

De acuerdo con los resultados del informe 2020 de Onusida respecto del avance de la epidemia en cada país, en Chile vivían (hasta ese año) 77 mil personas con VIH. De ellas, se estimaba que 70 mil conocían su estado serológico, de las cuales, 54 mil se encontraban en Tratamiento antirretroviral (TARV). Finalmente, de las 54 mil que estaban en tratamiento, había 49 mil personas que habían suprimido su carga viral. Es decir, del total de personas con VIH en Chile, un 63 por ciento había logrado la indetectabilidad.

La estrategia de iniciar el tratamiento de forma temprana (que consiste en empezar el tratamiento cuando se conoció el diagnóstico) no siempre se aplicó en el país. De hecho, hasta la Guía Clínica AUGE para el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida del Ministerio de Salud, elaborada en 2013, se recomendaba el inicio de la TARV en algunos casos específicos:

- Personas con enfermedades oportunistas (independiente del recuento de linfocitos CD4) activadas y en tratamientos a excepción de la meningitis.
- Personas asintomáticas con un recuento de linfocitos CD4 menor o igual de 350 células por milímetro cúbico de sangre, con un inicio precoz para aquellos con menos de 100 células / mm³, es decir, antes de los siete días desde el resultado del examen que comprobara esta baja de linfocitos.
- Personas asintomáticas con recuento de linfocitos CD4 entre 350 y 500 células por milímetro cúbico de sangre, mientras existiese la voluntad del usuario para proyectar la adherencia (es decir, que no abandonara el tratamiento).
- Personas que, independiente del recuento CD4, mantuvieran alguna condición de salud relevante como coinfección con otras ITS, embarazo, cáncer, deterioro neurocognitivo, nefropatía asociada a VIH, riesgo cardiovascular y personas mayores de 50 años.

De acuerdo con lo anterior, las personas diagnosticadas con el virus que quisieran iniciar el tratamiento debían esperar que la infección avanzara en el cuerpo hasta generar alguna condición de salud que permitiera iniciar el TARV.

A raíz de la investigación publicada por el estudio Partner I y II, además de la evidencia científica, por ejemplo, contenida en el estudio HPTN 052 que demostró una mayor incidencia de tuberculosis y otras comorbilidades en personas que iniciaban la terapia de forma tardía (es decir, a la espera de la caída en el recuento de linfocitos), en comparación con aquellas personas que tenían un ingreso precoz al tratamiento, lograron que se ampliara la oferta de inicio de TARV precoz en personas que no demostraran alguna comorbilidad o caída en el recuento de linfocitos.

Esta situación se materializó en 2017 a través del Decreto 22 de septiembre del 2017 del Ministerio de Salud, el cual modificó el decreto N°3 que aprobaba las Garantías Explícitas en Salud (GES). En concreto, este cambio en la prestación implicó que: con una confirmación diagnóstica, la persona tendría acceso a exámenes, a los esquemas de tratamiento antirretroviral (según el Listado de prestaciones específico). Es decir, se inició un cambio en la estrategia que se había mantenido por al menos doce años desde la incorporación de la patología al GES. El 7 de septiembre de 2019 se confirmó esta información mediante la publicación en el diario oficial de las normas generales para el régimen de Garantías Explícitas en Salud del Ministerio de Salud.

A finales de 2017, José conoció a su actual pareja. Pese a que en un principio no tenían una relación seria o estable, en 2018 iniciaron una relación formal. Su pareja le pidió que le contara todo sobre él, sin embargo, no se atrevió a mencionarle que vivía con el virus, lo que se volvió aún más difícil cuando empezaron a tener relaciones sexuales, un efecto de bola de nieve en donde cada día era más difícil hablar del tema. Un año más tarde su pareja lo descubrió, razón por la cual terminaron temporalmente.

Este hecho hizo que José decidiera “hacer algo” y empezó a involucrarse con la organización “Sida Maule” desde donde pudo obtener información, y donde se enteró de los estudios que abordaban la indetectabilidad como una estrategia para la prevención del virus. Por otra parte, su pareja se realizó exámenes que confirmaban que era seronegativo, es decir, que no vivía con el virus.

Otro proceso significativo en el empoderamiento seropositivo que vivió José estuvo relacionado con el estallido social chileno de 2019, ya que comprendió que la mayoría de sus temores sobre su diagnóstico estaban relacionados a cómo se había abordado el tema durante su educación. Mientras estaba en la universidad realizó un intercambio en Australia, país en donde la prevención se abordaba desde una perspectiva completamente distinta, ya que los estudiantes podían acceder a información de forma gratuita y sin estigmas.

“El estigma social hace que las personas nos vean como sucios, yo entiendo que vivo con una infección crónica, pero aún hay amigos que creen que me voy a morir. Una vez conversé con un amigo de Europa y me explicaba que allá las estrategias se explicaban super bien y que las personas tenían conciencia de que indetectable era igual a intransmisible. Eso debería también ocurrir acá para que las personas tuvieran la mayor información posible respecto del VIH y las ITS en general” agregó José.

¿Es positivo saber?

Sin lugar a duda, los avances científicos en torno al VIH se han traducido en una mejora sustancial para la calidad de vida de las personas seropositivas. Sin embargo, es fundamental comprender que el tratamiento farmacológico no es el único problema que deben enfrentar quienes viven con el virus.

El ambiente propicio requiere de avances sustanciales que no necesariamente provengan desde lo biomédico, es fundamental que el Estado juegue un rol protagonista en la lucha contra el SIDA en donde se incorpore a la sociedad civil, y a diferentes actores que incidan en generar estrategias de prevención sin estigmas ni discriminaciones, que incluyan una perspectiva para garantizar los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las personas seropositivas.

No se puede negar que lo positivo de saber está relacionado con una mejoría considerable en el sistema inmune, debido a que la incorporación temprana a un tratamiento permite que se detenga el avance del virus, lo que favorece tener una mejor calidad de vida. Sin embargo, esta situación plantea un escenario ideal que no incorpora, por ejemplo, la incidencia de los determinantes sociales de la salud o una perspectiva de género para el abordaje seropositivo.

Esta situación deja entrever la falta de virus que tienen las estrategias de prevención, y por falta de virus me refiero a personas con VIH. Por otra parte, también vislumbra la lógica de mercado que existe en el sistema de salud chileno, en donde se atiende la enfermedad, pero no se busca prevenir que la persona se enferme. Porque las campañas apuntan a que la persona conozca su diagnóstico para que inicie el tratamiento, sin considerar el historial clínico previo de la persona, el estado de su salud mental frente a la infección, la información basada en evidencia que la persona tiene sobre el virus, etcétera.

Cada historia que se incluyó para esta crónica visibilizó diversas realidades sociales, económicas, de género, entre otras, pese a que existió un punto de partida común que era el virus. Este hecho permite afirmar la importancia de que las estrategias de prevención sean variadas y que las respuestas gubernamentales o estatales garanticen que existan métodos de prevención más allá del uso del preservativo, o peor aún, de la abstinencia sexual.

También releva la importancia de que la prevención incorpore perspectivas seropositivas, y que se incluya el derecho a la salud como una base fundamental, en donde los planteamientos de

salud dejen la constante de la enfermedad, para garantizar una vida plena en donde el disfrute y el goce sexual sean la base al momento de hablar de VIH.

Entrevistas

- Leonardo Arenas: 03 de septiembre de 2021
- Génesis González – 12 de septiembre de 2021
- Oscar Ortega – 13 de septiembre de 2021
- Luz María Yaconi – 06 de octubre de 2021
- José Reyes – 22 de octubre de 2021
- Héctor Kemble – 25 de octubre de 2021
- Lucas Núñez – 29 de octubre de 2021
- Guillermo Sagredo – 29 de octubre de 2021
- Augusto Contreras – 02 de noviembre de 2021
- Marisol Navea – 03 de noviembre de 2021
- Jennifer Durán – 03 de noviembre de 2021
- Catalina Pérez – 17 de noviembre de 2021

Referencias bibliográficas

- 24 HORAS, “Sexo seguro, condón femenino y test para todos y todas: U. de Chile inicia campaña de prevención "El VIH no discrimina", [2019]. Disponible en: <https://www.24horas.cl/nacional/sexo-seguro-condon-femenino-y-test-para-todos-y-todas-u-de-chile-inicia-campana-de-prevencion-el-vih-no-discrimina-3315498>
- 24 HORAS, “Campaña contra el VIH del Minsal tomó 35 mil test y detectó 61 nuevos casos”, [2019b]. Disponible en: <https://www.24horas.cl/nacional/campana-contra-el-vih-del-minsal-tomo-solo-35-mil-test-y-detecto-61-nuevos-casos-3527994>
- 24 HORAS, “Proyecto propone incluir la educación sexual, afectiva y de género desde la primera infancia”, [2021]. Disponible en: <https://www.24horas.cl/politica/proyecto-propone-incluir-la-educacion-sexual-afectiva-y-de-genero-desde-la-primera-infancia-4993278>
- AGUAYO I, “Gasto en campañas de prevención del VIH/SIDA en Chile para el periodo 2010-2019” (2019). Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONC UENTA&prmID=83011>
- ARÁNGUIZ D, “Campaña del SIDA incluye por primera vez explicación sobre uso del condón”, [2007]. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/nacional/2007/07/30/264198/campana-del-sida-incluye-por-primera-vez-explicacion-sobre-uso-del-condon.html>
- ASOCIACIÓN CHILENA DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA (APROFA), “Educación sexual en Chile. Orientaciones para una política pública”, [2018]. Disponible en: <https://media.elmostrador.cl/2020/07/INFORME-EIS-CHILE-junio-.pdf>
- ASOCIACIÓN CHILENA DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA (APROFA), “Memoria Aprofa 1979”, [1979]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0056035.pdf>
- BBC, “Qué es y cómo funciona la PrEP, la pastilla para prevenir el VIH que Chile empezará a repartir gratis en 2019”, [2018]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-46701188>
- BECERRA M, “Respuesta nacional al VIH/SIDA: brechas y desafíos”, [2019]. Disponible en:

<https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=172230&prmTIPO=DOCUMENTOCO>
MISION

- BECERRA M, “Act Up: amor y acción directa para dejar de morir de SIDA”, [2020]. Disponible en: <http://www.acciongay.cl/act-up-amor-y-accion-directa-para-dejar-de-morir-de-sida/>
- BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL, “Historia de la ley 19.779”, [2019]. Disponible en: https://www.bcn.cl/historiadela ley/fileadmin/file_ley/5990/HLD_5990_b78b21de8f7442d16a03bead29cff340.pdf
- BUSTAMANTE A, “El gobierno acusó a van Rysselberghe de no entregar los condones que envió la ONU para el 27F”, [2015]. Disponible en: <https://www.soychile.cl/Concepcion/Sociedad/2015/03/09/309235/El-Gobierno-acuso-a-Van-Rysselberghe-de-no-entregar-los-condones-que-envio-la-ONU-para-el-27F.aspx>
- CÁCERES D, “Los escenarios tras el rechazo al proyecto de ley de educación sexual integral”, [2020]. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/braga/2020/10/28/que-pasara-con-el-proyecto-de-ley-de-educacion-sexual-integral-luego-de-haber-sido-rechazado-y-archivado/>
- CÁDIZ P, “Covid 19: retiran documento que fijaba criterios para priorizar pacientes UCI de hospital de Temuco”, [2020]. Disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/covid-19-retiran-documento-que-fijaba-criterios-para-priorizar-pacientes-uci-de-hospital-de-temuco>
- CÁDIZ P, “Alerta tras denuncias de "falta de stock" de medicamentos para el VIH en medio del coronavirus”, [2020b]. Disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/denuncias-falta-stock-tratamientos-vih-coronavirus-29-05-20>
- CÁDIZ P, “Debes ir a un hospital y exponerte para tener medicación: Vivir con VIH en tiempos de COVID-19”, [2020c]. Disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/coronavirus-vih-medicamentos-hospital-relatos-01-06-20>
- CÁDIZ P, “Ya está disponible en Chile: ¿Cómo acceder al PrEP, la pastilla que ayuda a prevenir el VIH?”, [2019]. Disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/ya-esta-disponible-chile-como-acceder-al-prep-pastilla-previene-contagio-vih>
- CARVAJAL, C, “Pacientes con VIH rechazan protocolo de vacunación del Minsal”, [2021]. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2021/02/04/pacientes-con-vih-rechazan-protocolo-de-vacunacion-del-minsal/>
- CENTRO PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES, “Sarcoma de Kaposi y neumonía por Pneumocystis entre hombres homosexuales - Ciudad de Nueva York y California”, [1981]. Disponible en: <https://www-jstor->

org.uchile.idm.oclc.org/stable/pdf/23300179.pdf?refreqid=excelsior%3Ad747a17ec442eae95add29bed3e4b4a5

- CHÁVEZ A, Et al, “Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: Impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile”, [2000]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182000000400003
- COLEGIO MÉDICO DE CHILE, “Género y salud en tiempos de Covid-19”, [2020]. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/05/Genero_COVID19_compressed.pdf
- COMISIÓN INVESTIGADORA DE VIH DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS Y DIPUTADAS, “Informe de la comisión especial investigadora de la actuación del ministerio de salud y demás organismos públicos competentes en relación con la crisis que afecta a Chile en el tratamiento del VIH/sida desde el año 2010 hasta el año 2018”, [2019]. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=49505&prmTipo=INFORME_COMISION
- COMISIÓN NACIONAL DEL SIDA (CONASIDA), “Estrategia de atención integral a personas que viven con VIH/sida programa nacional de prevención y control del VIH/sida”, [2006]. Disponible en: https://criaps.cl/descarga/doc_elect_estrategia_atencion_integral_vih_2006.pdf
- COOPERATIVA, “Iglesia católica acusó que campaña contra el SIDA solo fomenta el uso del condón”, [2003]. Disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/iglesia-catolica-acuso-que-campana-contra-el-sida-solo-fomenta-uso-del/2003-12-01/135200.html>
- COOPERATIVA, “Gobierno destacó que es ilegal pedir test de Sida para dar créditos bancarios”, [2005]. Disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/sida/gobierno-destaco-que-es-ilegal-pedir-test-de-sida-para-dar-creditos/2005-05-09/193323.html>
- COOPERATIVA, “Van Rysselberghe: Avisaremos a los padres si sus hijos piden la "píldora", [2006]. Disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/pildora-del-dia-despues/van-rysselberghe-avisaremos-a-los-padres-si-sus-hijos-piden-la-pildora/2006-09-05/152509.html>
- COOPERATIVA, “Gobierno se querellará por negligencia médica en hospital de Iquique”, [2008]. Disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/sida/gobierno-se-querellara-por-negligencia-medica-en-hospital-de-iquique/2008-10-18/121511.html>
- COOPERATIVA, “Contraloría concluyó informe por casos no notificados de VIH en Iquique”, [2009]. Disponible en:

<https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/sida/contraloria-concluyo-informe-por-casos-no-notificados-de-vih-en-iquique/2009-10-16/120423.html>

- COORDINADORA ESTATAL DE VIH Y SIDA EN ESPAÑA, “40 años de los primeros casos de SIDA en el mundo”, [2021]. Disponible en: <https://cesida.org/blog/40-anos-de-los-primeros-casos-de-sida-en-el-mundo/>
- CULTURA SALUD, “Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile”, [2010]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463de04001011e011b94.pdf>
- DÉLANO M, “Guerra del condón en Chile”, [2005]. Disponible en: https://elpais.com/diario/2005/10/12/internacional/1129068017_850215.html
- DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA, “Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados”, [2017]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17-PRIMEROS-RESULTADOS.pdf>
- DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES, SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, “Consideraciones de vacunación contra Sars-Cov-2 en personas con VIH/sida. versión 2” [2021]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/Consideraciones-de-vacunacion-por-COVID-2020_v2.pdf
- DURÁN V, “Gobierno lanza polémica campaña contra el SIDA” (El Mercurio), [2005]. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/nacional/2005/10/05/197382/gobierno-lanza-polemica-campana-contra-el-sida.html>
- EL DESCONCIERTO, “Herederos del VIH: los 382 casos de niños y niñas que han nacido con el virus en Chile”, [2018]. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/nacional/2018/04/17/herederos-del-vih-los-382-casos-de-ninos-y-ninas-que-han-nacido-con-el-virus-en-chile.html>
- EL DÍNAMO, “Programas de Ed. Sexual del Mineduc incorporan plan que califica a la homosexualidad como “trastorno”, [2012]. Disponible en: <https://www.eldinamo.cl/pais/2012/06/06/programas-de-educacion-sexual-del-mineduc-consideran-plan-que-califica-a-la-homosexualidad-como-trastorno/>
- EL MERCURIO EN LÍNEA (EMOL), “UDI: Campaña contra el sida es vulgar y está destinada al fracaso”, [2005]. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/nacional/2005/10/06/197513/udi-campana-contra-el-sida-es-vulgar-y-esta-destinada-al-fracaso.html>
- EL MERCURIO EN LÍNEA (EMOL), “Centro VIH del Hospital de la U. de Chile califica como emergencia aumento de SIDA en Chile”, [2018]. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2018/04/10/901962/Centro-VIH-de-Hospital-de-la-U-de-Chile-califica-como-emergencia-aumento-de-Sida-en-Chile.html>

- EL MERCURIO, “ministra Barría renuncia en medio de presiones por escándalo en casos de SIDA”, [2008]. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/nacional/2008/10/28/328231/ministra-barria-renuncia-en-medio-de-presiones-por-escandalo-en-casos-de-sida.html>
- EL PAÍS, “Dimite la ministra chilena de Salud por 25 casos de VIH sin notificar”, [2008], Disponible en: https://elpais.com/internacional/2008/10/29/actualidad/1225234807_850215.html
- ESPINOZA N, “Tras más de 100 días recalando que “todo está bien” Subsecretaría de Salud reconoce que sí tienen problemas con el stock y distribución de medicamentos para terapias de VIH multi-mes”, [2020]. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/braga/2020/07/07/tras-mas-de-100-dias-recalando-que-todo-esta-bien-subsecretaria-de-salud-reconoce-que-si-tienen-problemas-con-el-stock-y-distribucion-de-medicamentos-para-terapias-de-vih-multi-mes/>
- FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE, “Declaración de Alma Ata, realizada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978”, [s.a]. Disponible en: <http://www.medicina.uchile.cl/vinculacion/extension/declaracion-de-alma-ata>
- FERRER C, “Tener VIH en la universidad: Estudiantes de la U. de Chile hacen charlas y talleres sobre cómo vivir con el virus”, [2019]. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2019/03/12/940828/Tener-VIH-en-la-universidad-Estudiantes-de-la-U-de-Chile-hacen-charlas-y-talleres-sobre-vivir-con-el-virus.html>
- FLORES J, “Universidad de Chile ofrecerá test rápido y gratuito para detectar VIH”, [2018]. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-metropolitana/2018/04/23/universidad-de-chile-ofrecera-test-rapido-y-gratuito-para-detectar-vih.shtml>
- FOCACCI G, “1ra Encuesta de Sexualidad Adimark: sólo 6% de chilenos mayores de edad se declara virgen” [2017]. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2017/11/04/1ra-encuesta-de-sexualidad-adimark-solo-6-de-chilenos-llega-virgen-a-la-mayoria-de-edad.shtml>
- FRANQUET Y HERNÁNDEZ, “Breve historia del tratamiento del VIH”, [s.a.]. Disponible en: <http://gtt-vih.org/book/print/6815>
- FRANQUET Y HERNÁNDEZ, “IAS 2011: se confirma la eficacia del tratamiento como estrategia de prevención”, [2011]. Disponible en: <http://gtt-vih.org/actualizate/la-noticia-del-dia/19-07-11>
- GALAZ Y POBLETE, “Políticas públicas educativas y las sexualidades en Chile postdictadura: opacidades e hiper-visibility de sujetos LGTBI”, [2019]. Disponible

en:

<https://www.scielo.br/j/er/a/3w86r6SWJKDWqhXbQXLknKz/?lang=es&format=pdf>

- GILEAD, “Gilead expande iniciativas que brindan acceso a la nueva terapia contra el VIH Truvada en Estados Unidos y en el extranjero”, [2004]. Disponible en: <https://www.gilead.com/news-and-press/press-room/press-releases/2004/8/gilead-expands-initiatives-providing-access-to-new-hiv-therapy-truvada-in-united-states-and-abroad>
- GONZÁLEZ T, “Vacunación a personas VIH: vulneración de confidencialidad suma arista judicial y denuncias llegan al Minsal”, [2021]. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2021/03/22/vacunacion-a-personas-vih-vulneracion-de-confidencialidad-suma-arista-judicial-y-denuncias-llegan-al-minsal/>
- GRANT, et al, “Profilaxis previa a la exposición para la prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres”, [2010]. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1011205>
- GRASSI M, “Programas de VIH/SIDA: 2010-2018. Prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control”, [2019]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27412/1/BCN_2010_2018_programas_prevencion_tratamiento_VIHSIDA_final.pdf
- ICW LATINA, “Nosotras sabemos, nosotras podemos: reporte situacional desde la perspectiva de mujeres jóvenes con VIH de Argentina, Chile, Honduras y Nicaragua”, [2021]. Disponible en: <http://icwlatina.org/wp-content/uploads/2021/09/Nosotras-Sabemos-Nosotras-podemos-1.pdf>
- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA, “Resultados confirmación de infección por VIH. Chile, 2010 - 2018”, [2019]. Disponible en: https://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-final_2019.pdf
- INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD (INJUV), “Novena encuesta nacional de la juventud 2018”, [2018]. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/9deg_encuesta_nacional_de_juventud_2018.pdf
- LA TERCERA, “Concluyen informe por casos de no notificados de VIH en Iquique”, [2009]. Disponible en: <https://www.latercera.com/noticia/concluyen-informe-por-casos-de-no-notificados-de-vih-en-iquique/>
- LA TERCERA, “Allamand critica campaña del sida del gobierno y oposición pide retirarla” [2010]. Disponible en: <https://www.latercera.com/diario-impreso/allamand-critica-campana-del-sida-del-gobierno-y-oposicion-pide-retirarla/>
- LEIVA L y LOBO A, “Chile está entre los 10 países del mundo que registran mayor aumento de VIH”, [2018]. Disponible en:

<https://www.latercera.com/nacional/noticia/chile-esta-los-10-paises-del-mundo-registran-mayor-aumento-vih/427503/>

- LEIVA L, “Estudio detecta severas deficiencias en diseño de campañas de VIH”, [2018b]. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/estudio-detecta-severas-deficiencias-diseno-campanas-vih/436938/>
- LEIVA L, “Salud dispondrá de 60 mil test rápidos de VIH para campaña que inicia hoy”, [2019]. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/salud-dispondra-60-mil-test-rapidos-vih-campana-inicia-hoy/476997/>
- MALDONADO R, “Ley 19.779: ¿Fin a la discriminación a los portadores de VIH?”, [2004]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fjm2441/pdf/fjm2441-TH.4.pdf>
- MARFÁN Et A., “Una mirada a experiencias escolares de educación en afectividad y sexualidad. Registro Propiedad Intelectual”, [s.a.]. Disponible en: <https://repositorio.uahurtado.cl/bitstream/handle/11242/8675/9227.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MARTÍNEZ F, “CROI 2014: El estudio PARTNER confirma la eficacia del tratamiento como prevención”, [2014]. Disponible en: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/14-03-14
- MASSARELLI V, “Campaña de prevención del VIH: enfoques y creatividad” [2010]. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2010/12/10/campana-de-prevencion-del-vih-enfoques-y-creatividad/>
- MEDINA M, “Lo llamaban el cáncer gay: así fueron los terribles años de plomo del SIDA”, [2018]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/cultura/2018-01-18/sida-act-up-entrevista-nahel-perez-120-pulsaciones_1507006/
- MENÉNDEZ M, “La persecución de los triángulos rosas en la Alemania nazi”, [2021]. Disponible en: <https://www.elindependiente.com/tendencias/historia/2021/06/30/la-persecucion-de-los-triangulos-rosas-en-la-alemania-nazi/>
- MILES CHILE, “Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile”, [2016]. Disponible en: <http://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Primer-Informe-de-SSR-y-DDHH-2016.pdf>
- MILES CHILE, “Tercer Informe sobre Derechos, Salud Sexual Reproductiva y Violencia de Género en Chile”, [2021]. Disponible en: <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2021/04/Tercer-informe-Corporación-Miles.pdf>
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, “Resultados salud encuesta CASEN 2017”, [2017]. Disponible en:

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Salud_casen_2017.pdf

- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CHILE (MINEDUC), “Política de educación en sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación”, [2001]. Disponible en: http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Politica_de_educacion_en_sexualidad_para_el_mejoramiento_de_la_calidad.pdf
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), “Resumen de las campañas de prevención del VIH/SIDA (1991-2009)” [s.a.]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/853849dda84deb30e04001011e015919.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), “Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH Prestaciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva disponibles en la Red Asistencial Pública”, [2011]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/09/PROTOCOLO-ATENCION-A-MUJERES-VIVIENDO-CON-VIH_web.pdf
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), “Guía clínica AUGÉ: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA”, [2013]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCVIH.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), “Decreto 67 modifica decreto n° 110 de 2004, del ministerio de salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes” [2016]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1088253>
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), “Modifica el procedimiento para el examen del VIH respecto de menores de edad”, [2017]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1099319>
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), “Decreto 22 extracto de decreto supremo n° 22, de 3 de julio de 2017, que modifica el decreto n° 3, de 2016, que aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud”, [2017b]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1107800>
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), “Ministerio de Salud lanzó masiva Campaña Test Rápido VIH Verano 2019”, [2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-lanzo-masiva-campana-de-toma-de-test-rapido-vih-verano-2019/>
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), “Gobierno lanzó campaña: revisa dónde se realizarán test rápido de VIH gratuitos”, [2019b]. Disponible en: <https://msgg.gob.cl/wp/2019/01/10/gobierno-lanzo-campana-revisa-donde-se-realizaran-test-rapido-de-vih-gratuitos/>

- MINISTERIO DE SALUD, “Respuesta a oficio N°012-2019 de la Comisión especial investigadora VIH de la Cámara de Diputados”, [2019c]. Disponible en: <https://www.senado.cl/site/presupuesto/2019/cumplimiento/Glosas%202019/Tercera%20Subcomision/16%20Salud/2666%20Salud.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (MINSAL), “Plan nacional de prevención y control del VIH/sida e its 2018 – 2019”, [2019d]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.06.12_PLAN-NACIONAL-VIH-SIDA-E-ITS.pdf
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), “Informe de ONUSIDA 2019: El 87% de las personas que viven con VIH en Chile han sido diagnosticadas”, [2019e]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/informe-de-onusida-2019-el-87-de-las-personas-que-viven-con-vih-en-chile-han-sido-diagnosticadas/>
- MINISTERIO DE SALUD, “ministro de Salud anunció la entrega gratuita de tratamiento preventivo contra el VIH”, [2019f]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministro-de-salud-anuncia-la-entrega-gratuita-de-tratamiento-preventivo-contra-el-vih/>
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), “Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud”, [2019g]. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/website/doc/decreto.pdf>
- MORALES A, “Platas del sida: gobierno decide cerrar el Consejo de las Américas y el SII inicia investigación”, [2008]. Disponible en: <https://www.latercera.com/noticia/platas-del-sida-gobierno-decide-cerrar-el-consejo-de-las-americas-y-el-sii-inicia-investigacion/>
- MORALES A, “Fondo Global envía agente a Chile por escándalo de platas del sida”, [2008b]. Disponible en: <https://www.latercera.com/noticia/fondo-global-envia-agente-a-chile-por-escandalo-de-platas-del-sida/>
- MUMS-SIDACCIÓN, “Estudio: factores socioculturales que inciden en el uso del condón masculino en hombres homosexuales y otros hsh”, [2005]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/Factores-Socioculturales-Que-Inciden-en-el-uso-del-Condon-Masculino-en-Hombres-Homosexuales-y-Otros-HSH-2005.pdf
- MUSEO NACIONAL DE BELLAS ARTES, “Chile tiene SIDA”, [2018]. Disponible en: <https://www.mnba.gob.cl/noticias/chile-tiene-sida>
- O’RYAN F, “Dos operadores manejan el 90% de la industria de los preservativos en Chile”, [2018]. Disponible en: <https://www.latercera.com/pulso/dos-operadores-manejan-90-la-industria-los-preservativos-chile/>
- OJEDA J, “ministro Paris confirma que personas con VIH no deben mostrar ningún documento para vacunarse y se abre a inocular a este grupo en centros de atención

- especializados”, [2021]. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/ministro-paris-confirma-que-personas-con-vih-no-deben-mostrar-ningun-documento-para-vacunarse-y-se-abre-a-inocular-a-este-grupo-en-centros-de-atencion-especializados/YC3XPIRP4BCPFOSTQCIE65DUXE/>
- ONU MUJERES, “Hechos y cifras: el VIH y el SIDA”, [2016]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>
 - ONUSIDA, “El programa de los EE. UU. para el alivio del sida supera sus objetivos en materia de tratamiento y atención del VIH”, [2009]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/january/20090113pepfar>
 - ONUSIDA, “Prevención combinada del VIH: Adaptación y coordinación de estrategias biomédicas, conductuales y estructurales para reducir las nuevas infecciones por VIH. Un documento de debate de ONUSIDA” [2010]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf
 - ONUSIDA, “Act Up cumple 25 años: un cuarto de siglo de activismo del SIDA”, [2012]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2012/april/20120423actup>
 - ONUSIDA, “Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2013”, [2013]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/01/Respuesta-Mundial-Sida-2013.pdf>
 - ONUSIDA, “Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe”, [2017]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34380/9789275319796-spa.pdf>
 - ONUSIDA, “Indetectable = Intransmisible: la salud pública y la supresión de la carga vírica del VIH”, (2018). Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_es.pdf
 - ONUSIDA, “Avanzando hacia las metas 2020: Progreso en América Latina y el Caribe”, [2019]. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/73659-1.pdf>
 - ONUSIDA, “Hoja informativa: estadísticas mundiales sobre VIH”, [2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas”, [2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50993>

- PAULTRE Y SANON, “Magia vudú que todo lo cura en Haití”, [2020]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2020/05/25/planeta_futuro/1590396765_955688.html
- PEÑA Y LILLO M, “Examen a las campañas de prevención del VIH/sida en Chile 2009-2017”, [2019]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/ResumenesCongreso/sp2018/EnfInfeccEmergReemerg/SP28.act>
- Programa de Educación sexual, Universidad de Chile, “Educación sexual en Chile”, [s.a]. Disponible en: <https://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/la-educacion-sexual/educacion-sexual-con-referencia-a-chile>
- RESUMEN, “Afirman que Van Rysselberghe no entregó condones enviados por la ONU después del 27F”, [2015]. Disponible en: <https://resumen.cl/articulos/van-rysselberghe-no-entrego-condones-enviados-por-la-onu-despues-del-27f>
- ROBLES, V, “Una historia de la educación sexual en Chile”, [2016]. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/opinion/2016/10/28/una-historia-de-la-educacion-sexual-en-chile.html>
- RODGER A, “Riesgo de transmisión del VIH a través del sexo sin condón en parejas homosexuales serodiferentes con la pareja VIH positiva que toma terapia antirretroviral supresora (PARTNER): resultados finales de un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico”, [2019]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30418-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30418-0/fulltext)
- ROJAS C, “Proyecto de ley que establece normas generales en materia de educación sobre sexualidad y afectividad”, [2019]. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=50620&formato=p>
- SEPÚLVEDA P, “A un año del lanzamiento de PrEP: sólo 254 personas han accedido a medicamento que previene transmisión por VIH”, [2020]. Disponible en: <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/a-un-ano-del-lanzamiento-de-prep-solo-254-personas-han-accedido-a-medicamento-que-previene-transmision-por-vih/2RLA7KHEAJEVPAGVV4WT32G3MI/>
- SIEBERT F, “PrEP: la pastilla que previene el contagio de VIH y que está próxima de llegar a Chile”, [2018]. Disponible en: <https://www.uchile.cl/noticias/143512/todo-sobre-el-prep-la-pastilla-que-previene-el-contagio-de-vih>
- SIEBERT F, “Campaña VIH en la U. de Chile reveló bajo uso de condón y alta prevalencia de contagios entre los testeados”, [2018b]. Disponible en: <https://www.uchile.cl/noticias/150057/mas-de-4-mil-personas-se-realizaron-el-test-de-vih-en-la-u-de-chile>

- SIEBERT F, “Cientos de test de VIH se tomaron en operativo de prevención en Campus Andrés Bello”, [2019]. Disponible en: <https://www.uchile.cl/noticias/154556/cientos-de-test-de-vih-se-tomaron-en-campus-andres-bello>
- STUARDO V, “La confidencialidad o decirlo bajito”, [2021]. Disponible en: <https://www.uchile.cl/noticias/173407/la-confidencialidad-en-vih-o-decirlo-bajito>
- THE CLINIC, “Covid-19: Hospital de Temuco niega protocolo que no priorizaría a contagiados que tengan cáncer o VIH”, [2020]. Disponible en: <https://www.theclinic.cl/2020/04/04/covid-19-hospital-de-temuco-niega-protocolo-que-no-priorizaria-a-contagiados-que-tengan-cancer-o-vih/>
- UNIDAD DE AUDITORÍAS ESPECIALES, CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, “Informe final consolidado n° 53 de 2009, sobre fiscalización a establecimientos de salud de las regiones iv, v, viii, x y región metropolitana, respecto del VIH/sida y otras enfermedades infectocontagiosas”, [2009]. Disponible en: <http://www.ssmn.cl/transparencia/CHSJ2010/auditoria/2015/09%20INFORME%20FINAL%20CONSOLIDADO%2053-09.pdf>
- UNIVERSIDAD DE CHILE, “Suscriben acuerdo para cubrir en un 100 % prevención y tratamiento del Sida en el sistema público de salud”, [2003]. Disponible en: <https://www.uchile.cl/undin2/actuales/noti3068.shtml>
- VALENZUELA X, “Campaña de Verano: Salud dispuso de 20 mil test rápidos para detección de VIH”, [2019]. Disponible en: <https://www.diarioconcepcion.cl/ciudad/2019/01/10/campana-de-verano-salud-dispuso-de-20-mil-test-rapidos-para-deteccion-de-vih.html>
- VÁSQUEZ M, “Se solicita a la FDA la ampliación de la indicación de Truvada para la profilaxis preexposición”, [2012]. Disponible en: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/10-01-12
- VÁSQUEZ M, “La FDA aprueba el uso de Truvada como profilaxis preexposición”, [2012b]. Disponible en: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/19-07-12
- VIVO POSITIVO, “Dignidad negada: violaciones de los derechos de las mujeres VIH-positivas en establecimientos de salud chilenos”, [2011]. Disponible en: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Dignidad_Negada.pdf
- YAÑEZ C, “Informe casi triplica porcentaje estimado de personas con VIH en Chile”, [2018]. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/informe-casi-triplica-porcentaje-estimado-personas-vih-chile/291511/>
- ZUÑIGA I, “Vudú: una visión integral de la espiritualidad haitiana”, [2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-88862015000200005

