

## **INFORME PAIS DEL UNGASS: CHILE** **Período enero 2003- diciembre 2005**

### **I. SITUACIÓN ACTUAL**

En Chile, la transmisión sigue siendo predominante a través de relaciones sexuales no protegidas, 95% de los casos notificados, el 1,6% de los casos notificados corresponde a niños (as) que han adquirido el VIH por transmisión vertical, correspondiendo esta vía de transmisión a la predominante en el caso de los niños.

El total de personas notificadas a 20 años de epidemia (1984-2004) alcanza a 13.728 (7.219 son VIH y 6.509 SIDA). Aproximadamente un 80% de estas personas son beneficiarias del Sistema Público de Salud. La tasa acumulada al fin de este período es de 97 por 100.000 habitantes, mientras que las estimaciones de personas que viven con VIH/SIDA en Chile alcanzan a 35.000.

Sigue predominando en hombres (85%), sin embargo, existe un incremento acentuado en mujeres, quienes declaran en su gran mayoría haber adquirido el virus a través de relaciones heterosexuales desprotegidas. La epidemia se sitúa cada vez más en personas con menores niveles educacionales y más desprotegida económicamente, acercándose a través del tiempo a la pobreza.

Hasta fines del 2004 se había notificado un total de 4.301 defunciones por SIDA, un tercio de las personas notificadas. Cifra que se espera revertir como impacto de las terapias antiretrovirales disponibles en nuestro país.

En la actualidad, hay 8.500 personas en control en el Sistema Público de Salud, mientras que un total de 6.964 se encuentran recibiendo TARV con una cobertura de 100%. El tratamiento antiretroviral está garantizado en las Garantías Explícitas en Salud, teniendo acceso a él la totalidad de las personas que lo requieren.

Un total de 145 niños que viven con VIH/SIDA se encuentran en la actualidad en control en el Sistema Público de Salud, teniendo acceso a TARV el 100% de los que lo requieren. Durante el año 2005 un total de 56 embarazadas accedieron a protocolo terapéutico para la prevención de la transmisión vertical, estimándose que un total de 100 mujeres debieron haber obtenido este beneficio, lo anterior dada la prevalencia de VIH en embarazadas que alcanza a 0,05%. Con la implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical que incluye ofrecimiento universal del test a las embarazadas, que comenzó en Agosto 2005, se espera la detección del 100% de ellas. La tasa de transmisión vertical observada para ese año fue de 2,5%.

En el país existe un total de 31 centros de atención en 26 Servicios de salud, estando centrados en el nivel Secundario de Atención. Se cuenta con equipos de salud multidisciplinarios sometidos a procesos de actualización y

capacitación continua. Al 2005, hay un total de 88 médicos especialistas en atención a PVVIH y en manejo de TARV de adultos y niños.

En el ámbito de la prevención existe una Estrategia Global de Prevención que incluye 3 niveles de intervención, Masivo, Grupal/Comunitario e Individual, que se basa en dos ejes centrales: Vulnerabilidad y Gestión de Riesgo. La política de Prevención se basa en el trabajo intersectorial, con otros sectores gubernamentales y asociativo con organismos de la sociedad civil, particularmente con ASOSIDA (Asamblea de Organizaciones Sociales, No Gubernamentales con trabajo en SIDA) y VIVOPOSITIVO (Coordinadora Nacional de Agrupaciones de PVVIH). La estrategia de Prevención avanza hacia la descentralización, proceso iniciado en el año 2000, con el traspaso de ella hacia las regiones a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de salud, que constituyen mesas de trabajo asociativas con las organizaciones de la Sociedad Civil mencionadas y otras presentes en los niveles locales.

En este ámbito se requiere avanzar hacia la ampliación de la participación social incorporando a otros sectores y particularmente al ámbito privado. También se necesita profundizar y avanzar hacia una Política de Prevención Intersectorial que institucionalice y transversalice la temática en la estructura gubernamental.

El país también requiere avanzar hacia la educación en sexualidad, definiendo políticas que integren la prevención del VIH, otras ETS y el embarazo adolescente no deseado.

La prevención y la atención del VIH/SIDA constituye uno de los ejes centrales que están a la base del proceso de Reforma en el que está hoy día el sector salud, que se basa en los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 y que enfatiza la promoción y la prevención del daño en salud.

A partir de junio de 2003, en Chile se implementó el proyecto “Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional, Participativa y Descentralizada a la Epidemia del VIH/SIDA en Chile”, financiado con recursos del proyecto Fondo Global de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, a través del cual se están realizando un conjunto de iniciativas que vienen a complementar las estrategias desarrolladas por el Gobierno.

## **II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA**

Se presenta la información derivada del Sistema de Vigilancia Epidemiológica implementado en Chile a partir de 1990, que se basa en la notificación obligatoria de casos VIH y SIDA, hasta diciembre de 2004, última información disponible.

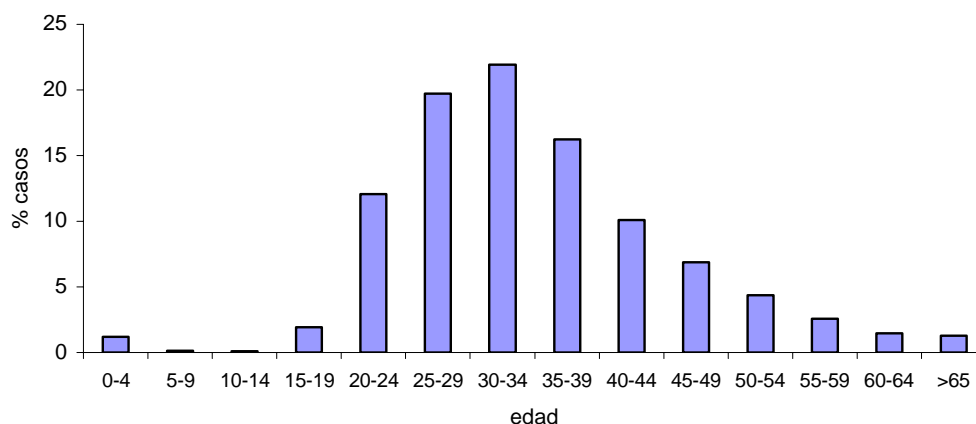
El primer caso de SIDA se notificó en 1984; hasta el 31 de diciembre de 2004<sup>1</sup> se han notificado 13.728 casos, de los cuales 6.509 tienen SIDA y 7.219<sup>2</sup> son personas VIH+ asintomáticas en las trece regiones del país, y se ha informado el fallecimiento de 4.301 personas. La tasa de incidencia acumulada para el período 1984-2004, de VIH/SIDA es de 97 casos por 100.000 habitantes.

En el análisis de los casos de VIH/SIDA acumulados la mayor proporción está centrada en los hombres, que corresponden a 85,2% de los casos. La relación hombre mujer para el quinquenio 1999-2003 es cercana a 5, y la relación acumulada para el período 1984-2004 es 5,7

<b>Relación Hombre Mujer Chile, 1984-2004</b>			
<b>años</b>	<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	<b>H:M</b>
1999	203	984	4,8
2000	210	1049	5,0
2001	218	1147	5,3
2002	242	1230	5,1
2003	238	1234	5,2

Los principales grupos de edad afectados tienen entre 15 y 49 años y concentran el 90% de los casos, y no se observan diferencias significativas entre ambos sexos en relación a edad al diagnóstico.

Distribución % de casos VIH/SIDA por grupo de edad  
Chile, 1984-2004



Las mayores tasas de incidencia acumulada para el período 1984-2004 por regiones corresponde a la Región Metropolitana (152,2 casos por 100.000

<sup>1</sup> Año estadísticamente no cerrado, por latencia en las notificaciones

<sup>2</sup> Se refiere al número de personas notificadas, y no refleja necesariamente la situación real de la infección por VIH.

habts), Región de Tarapacá (137,1 casos por 100.000) y la Región de Valparaíso (129,6 casos por 100.000).

<b>Vigilancia VIH/SIDA. Casos y tasa acumulada , según Región de Notificación. Chile, 1984-2004</b>						
Región	Casos y tasas de notificación					
	VIH	casos SIDA	Total	casos VIH/SIDA		tasa
				mujer	hombre	
I Tarapacá	284	227	511	75	436	137,1
II Antofagasta	245	179	424	74	350	94,4
III Atacama	58	31	89	25	64	36,8
IV Coquimbo	226	143	369	71	298	67,4
V Valparaíso	986	875	1861	331	1530	129,6
VI Libertador	139	84	223	42	181	30,1
VII Maule	185	174	359	87	272	40,8
VIII Bío Bío	315	372	687	107	580	37,9
IX Araucanía	123	123	246	58	188	29,7
X Los Lagos	205	145	350	67	283	34,5
XI Aysen	17	13	30	7	23	34,9
XII Magallanes	31	22	53	9	44	36,8
XIII RMetropolitana	4405	4121	8526	1083	7443	152,2
Total País	7219	6509	13728	2036	11692	97,0

En términos de factor principal de exposición el 86,1% de los afectados se expusieron por la vía sexual, dentro de esta destaca la vía homosexual y bisexual con 56,4%

<b>Casos VIH/SIDA según factor de exposición Chile, 1984-2004</b>		
casos VIH/SIDA		
Categoría	casos	%
Homosexual	5941	43,28
Bisexual	1799	13,10
Heterosexual	4077	29,70
Drogas	385	2,80
Hemofilia	29	0,21
Transfusión	39	0,28
T. Vertical	154	1,12
No declarado	1304	9,50
Total	13728	100,00

Según nivel de escolaridad de las personas viviendo con VIH/SIDA cerca de la mitad del total alcanzan el nivel medio (47,6%).

<b>Casos VIH/SIDA según escolaridad Chile, 1984-2004</b>		
<b>casos VIH/SIDA</b>		
<b>Nivel</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Básica	3272	23,8
Media	6538	47,6
Superior	2711	19,7
Ninguna	286	2,1
Desconocida	921	6,7
<b>Total</b>	<b>13728</b>	<b>100,0</b>

El nivel de ocupación nacional para el período acumulado 1984-2004, que concentra mayor cantidad de casos es el de operarios (45%)

<b>Casos VIH/SIDA según ocupación Chile, 1984-2004</b>		
<b>casos VIH/SIDA</b>		
<b>Nivel</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ejecutivo	85	0,6
Profesional	1513	11,0
Oficinista	2283	16,6
Operario	6178	45,0
Otros	2016	14,7
Desconocido	1653	12,0
<b>Total</b>	<b>13728</b>	<b>100,00</b>

En resumen: La epidemia está centrada en la transmisión sexual en hombres homo/bisexuales, con un crecimiento más rápido en mujeres. Predomina particularmente en adultos jóvenes y de niveles socioculturales más desprotegidos. Existe una tendencia al crecimiento en personas con niveles educacionales y ocupacionales más bajos. Una característica emergente la constituye el aumento de casos de origen rural, lo que constituye un desafío para la prevención.

Al analizar la **Mortalidad por SIDA** para ambos sexos en Chile se observa una disminución en las tasas a partir de 1997 -producto del efecto parcial de las Biterapias- hasta el 2001 cuando se produce un aumento en la tasa que puede atribuirse a la falta de impacto de tratamiento generado por la incipiente cobertura con triterapia. Sin embargo, al comparar la Mortalidad observada del período 1993-1998 y 1998-2003, se observa que para el primer segmento el incremento en la tasa de mortalidad promedio anual es de 15.5% y para el segundo período es 0.2%. Es decir, existe un efecto de las terapias en la tendencia de la mortalidad, la cual al alcanzar el 2003 cobertura 100% para los beneficiarios del Sistema Público se espera genere un impacto sostenido en el tiempo en la tasa de defunción por SIDA que se observaría transcurrido un período desconocido hasta ahora. A lo anterior se agrega la detección o diagnóstico tardío, que hace que el acceso a terapia a veces sea en etapas avanzadas de la enfermedad, impidiendo el impacto deseado. A la vez se informa por parte de los Médicos tratantes<sup>3</sup> que en la actualidad los certificados de defunción son completados con las verdaderas causas de muerte a diferencia de años anteriores en donde se ocultaba en mayor proporción las causas reales de fallecimiento, lo que pretendía “proteger” a la familia o al paciente de discriminación. Superado esto, el sistema capta más defunciones reales por SIDA.

A la vez se observa una disminución en la Letalidad por SIDA (fallecidos por SIDA entre aquellos que están enfermos) la cual es sostenida hasta el 2000, el 2001 se produce un aumento para luego nuevamente continuar el descenso. Por lo tanto, la tendencia de la curva de Letalidad es claramente al descenso y explicado por los efectos de la TAR. Al igual que en la mortalidad, la letalidad esta siendo afectada por el diagnóstico tardío, que implica que algunas PVVIH ingresan a tratamiento en etapas muy avanzada de la enfermedad, aminorando el impacto de la terapia. Sin embargo y a pesar de ello, se observa que la tendencia es a la disminución de la letalidad, y esto es explicado por el avance y efectividad en las terapias.

### **III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA**

La Política Nacional frente a la epidemia del VIH/SIDA en Chile se genera a partir de la creación de la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, es el organismo técnico del Gobierno, dependiente del Ministerio de Salud, responsable de promover y facilitar procesos orientados a que la sociedad asuma la prevención y la disminución del impacto biosicosocial del VIH/SIDA y las ETS, de acuerdo a criterios técnicos de referencia y a los principios del Gobierno, de participación, descentralización, equidad e intersectorialidad. Todo esto a través de la reflexión y el diálogo, el respeto a la dignidad humana y el desarrollo de la autonomía de las personas.

El sector salud se encuentra en pleno proceso de Reforma la que se origina para alcanzar los Objetivos Sanitarios del sector para la década 2000-2010. La

---

<sup>3</sup> Comunicación personal obtenida del Comité Científico Asesor. Santiago.

prevención y atención del VIH/SIDA forman parte de dichos objetivos, definiéndose así como una de las áreas más relevantes de los problemas de salud pública en el país. En el ámbito de la prevención se ha propuesto el incremento de prácticas sexuales seguras como única manera de disminuir la infección por VIH con metas que se refieren al incremento del uso del condón en el inicio sexual, en los adolescentes entre 15 y 19 años y las personas con más de una pareja sexual.

En el ámbito de la atención las metas son: mantener cobertura de 100% de acceso a tratamiento antiretroviral, quebrar la tendencia ascendente de mortalidad por SIDA y reducir la transmisión vertical del VIH.

El acceso a TARV fue incorporado como una de las Garantías Explícitas en Salud (GES) ofrecidas por el sector a la población chilena. Dichas Garantías están establecidas a través de la Ley GES que comenzó a implementarse en nuestro país a partir de Julio de 2005. En el caso del tratamiento ARV para VIH/SIDA se garantiza el acceso en términos de cobertura (100%), oportunidad (de acuerdo a evolución clínica de las personas) y la protección financiera y es exigible por parte de la población adscrita a los sectores públicos y privados de salud.

Durante el año 2005, se dicta la Ley de Medicina Preventiva que garantiza acciones preventivas a toda la población chilena. En este cuerpo legal, se incluyó el examen VIH a todas las embarazadas en control prenatal. Esta normativa podrá ser exigible por parte de la población una vez publicada en el Diario Oficial, durante el primer semestre del 2006.

#### **Las referencias centrales de la Respuesta Nacional son:**

- las políticas de Salud vigentes y los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales (Organización Mundial de la Salud, OMS; Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA).
- Los principios políticos del Gobierno sobre participación, descentralización, equidad, intersectorialidad.
- Los principios éticos del derecho a la vida, la decisión en conciencia, libre e informada, la privacidad y la confidencialidad, y el derecho a acceder a técnicas y recursos disponibles, científicamente comprobados como efectivos; respeto por los valores, creencias y dignidad de las personas; defensa de la solidaridad y rechazo a la discriminación.
- Los procesos de reflexión y análisis para fijar las directrices se caracterizan por ser participativos y con una visión multidisciplinaria, de manera de lograr la mayor cantidad de opiniones y aunar propuestas acordes a los requerimientos de la epidemia.

#### **Principios políticos**

##### **Participación:**

Se da a través de diversos ámbitos, como la conformación de equipos de trabajo y alianzas con representantes de diferentes estructuras de los distintos sectores del Estado, instituciones públicas y privadas, organizaciones sociales

y no gubernamentales, sociedades científicas y en la creación conjunta de estrategias y líneas de acción, como el diseño, implementación y evaluación del proyecto “Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional, Intersectorial, Participativa y Descentralizada a la Epidemia del VIH/SIDA en Chile”, financiado por el Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el que se encuentra en ejecución desde el año 2003.

#### **Intersectorialidad:**

Estimula el trabajo y las iniciativas con otros Ministerios (Educación; Justicia; Servicio Nacional de la Mujer; Ministerio de Planificación Nacional a través del Instituto Nacional de la Juventud; del Interior por intermedio del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes), con Gobiernos Regionales, Municipalidades, con otros organismos del Estado, instituciones públicas y privadas, centros académicos, ONG y organizaciones comunitarias. Durante el año 2003, el Ministerio de Salud estableció convenio de colaboración con el Ministerio de Justicia para el atención y prevención en poblaciones privadas de libertad, con el Ministerio Servicio Nacional de la Mujer para desarrollar líneas de intervención conjunta dirigidas a mujeres, particularmente a aquellas más desprotegidas socioeconómicamente. En el año 2005, se establece un trabajo permanente entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, para diseñar un programa de trabajo intersectorial, que se concreta en un plan de trabajo anual para la prevención del VIH/SIDA en el ámbito educacional. A su vez el Ministerio de Educación lanza el Plan de Sexualidad y Afectividad en el que se incorporan las áreas de prevención y no discriminación y que comenzará su implementación en el año 2006 en los establecimientos educacionales del país.

Durante el año 2005, se establece trabajo intersectorial entre el Instituto Nacional de la Juventud y CONASIDA (Ministerio de Salud) para diseñar una Política de Prevención destinada a jóvenes, una primera acción en este plan, fue el inicio de la capacitación a los jóvenes encargados de los Centros de Información Juvenil (existen alrededor de 300 en el país) para que actúen como agentes multiplicadores con los jóvenes consultantes de estos centros y difundan información para la prevención.

#### **Descentralización:**

Los compromisos de gestión con las Autoridades Sanitarias Regionales, los recursos compartidos, la formulación y ejecución de proyectos locales, la asignación de fondos a través de proyectos concursables, son medios que apuntan a crear capacidad de gestión y responder más directamente a las necesidades locales. Un gran logro en este ámbito es la ejecución de 13 Planes Regionales de Prevención y 13 Campañas de Comunicación Social para la Prevención, adecuadas a las realidades epidemiológicas y culturales locales.

#### **Equidad:**

La asignación de recursos para los programas de terapias farmacológicas y de prevención, especialmente, se realiza conforme a criterios distributivos tales

como: vulnerabilidad, impacto socio-económico de la epidemia, evolución epidemiológica de la enfermedad.

### **Prevención y reducción de la vulnerabilidad**

- La política general de prevención se aborda desde distintos niveles de intervención de acuerdo a los objetivos y los públicos a los que se pretende acceder. Los niveles son:
  1. *nivel social*, a través de las campañas nacionales de prevención y el trabajo con comunicadores sociales de los medios y del sistema público de salud;
  2. *nivel grupal*, con propuestas de educación y capacitación focalizada dirigida a grupos sociales específicos;
  3. *nivel individual*, a través de la consejería cara a cara y mediante FONOSIDA un servicio telefónico nacional, gratuito y confidencial.
- Para prevenir y reducir la vulnerabilidad de las personas se desarrolla planes intersectoriales de prevención con población general y, en especial, se focaliza estrategias, acciones y uso de recursos económicos en las poblaciones vulnerables. Cada una de las 13 regiones del país diseña, ejecuta y evalúa un Plan Regional Intersectorial y Participativo anualmente, entregándose desde la CONASIDA, recursos financieros y transferencia tecnológica y de conocimiento para ello, a través de lineamientos estratégicos.
- Las variables socioculturales se incorporan al diseño de las intervenciones de capacitación y apoyo para la prevención de la transmisión del VIH y para favorecer la integración social y reducir la discriminación. La estrategia de información sobre la epidemia, así como la ambientación necesaria para la prevención, considera la incorporación de la familia, de los pares y otros niveles sociales, como elementos de apoyo para las personas ya afectadas por el VIH/SIDA y como reductores de la vulnerabilidad para otras poblaciones, como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales y jóvenes.
- En el año 2003 se inaugura la modalidad de Campañas Regionales de Comunicación Social para la Prevención del VIH/SIDA, diseñándose localmente 13 Campañas (en las 13 regiones del país), basadas en la propuesta nacional pero adecuadas a las realidades epidemiológicas y socioculturales de cada región. Este modelo vuelve a implementarse en el 2005.
- Además, se desarrollan programas de consejería entre pares, para apoyar a las personas de grupos vulnerables así como para favorecer la prevención secundaria. Se realiza un trabajo dirigido a los jóvenes, tanto en educación sobre la sexualidad como en proyectos específicos en los planes regionales intersectoriales de prevención. El apoyo psicológico a esta población sigue siendo una falencia. En cuanto a servicios de información y apoyo personalizado se cuenta desde mediados de los noventa con la línea telefónica nacional, confidencial y gratuita FONOSIDA, siendo los jóvenes los usuarios más importantes.

También, existe red nacional de consejería cara a cara a lo largo de todo el país.

- Las estrategias implementadas en la población presentan logros y avances en conocimiento, percepción de riesgo, sensibilidad en el tema, distintos estados de comportamientos preventivos de la población e involucramiento de diferentes actores sociales al trabajo preventivo, entre otros. Un ejemplo concreto es la incorporación del preservativo como estrategia de prevención, así el número de condones importados en el país se ha incrementado, pasando de 5.094.252 unidades en el año 1993 a 25.000.000 unidades en el año 2004. Sin embargo, continua el desafío de su instalación definitiva en la población, por lo que a partir del año 2006 se iniciará un proceso masivo de mercadeo social del condón.
- A pesar de estos avances, continúa aumentando el número de personas diagnosticadas con VIH/SIDA, diversificándose y ampliándose las poblaciones vulnerables, denominadas emergentes, sumándose nuevos desafíos a la respuesta nacional en prevención. Esto implica mantener, profundizar y ampliar las políticas públicas en prevención del VIH/SIDA, no sólo dar continuidad a las poblaciones priorizadas hasta ahora como, hombres que tienen sexo con hombres, personas que ejercen trabajo sexual, entre otras, sino, además ha sido necesario incorporar a mujeres de escasos recursos, jóvenes marginales, trabajadores, migrantes, población rural y pueblos originarios.
- Las estrategias deben dar respuesta a compromisos de gobierno internacionales y nacionales, con enfoque de género; territorialidad de las acciones; y deben considerar factores condicionantes como; pobreza, estigma, discriminación y otras barreras culturales asociadas.

### **Atención, apoyo y tratamiento**

- Constituye una de las áreas centrales del Programa. La atención integral que considere las terapias adecuadas al momento que vive la investigación científica y los requerimientos de Salud, implica que se está cumpliendo con el rol propio del Estado lo que hace que la sociedad se sienta efectivamente resguardada.
- Así, nuestro país está en una situación privilegiada en acceso a tratamientos antirretrovirales, con una cobertura que llega al 100% (alcanzada en el 2003), en adultos, niños y embarazadas VIH (+) beneficiarios del Sistema Público de Salud. Esto ha sido posible por la adicionalidad entre presupuesto nacional (86%) y recursos del proyecto Fondo Mundial, (14%). El desafío es mantener este avance, que ha conseguido una disminución en el número de hospitalizaciones, con una reducción en los gastos en el Sistema Público de Salud que, en 2003 ahorró 6.183 millones de pesos, con respecto a 1999, por concepto de hospitalizaciones evitadas en personas que viven con VIH/SIDA, gracias al incremento en el acceso a tratamiento antiretroviral. Otro desafío

importante es mejorar la oferta del examen de detección del VIH al 100% de las embarazadas, con el fin de disminuir la transmisión vertical y dar cumplimiento a los objetivos sanitarios definidos para la década y a los compromisos asumidos en el marco de Naciones Unidas (UNGASS). Para esto, en Agosto de 2005 comenzó la implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH que considera ofrecimiento universal del test VIH a todas las embarazadas.

- Uno de los esfuerzos de esta línea programática están dirigidos a promover la adherencia a los controles y al tratamiento, para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, aumentar su sobrevida y disminuir la incidencia de enfermedades oportunistas. Otro tema a relevar es el apoyo psicosocial para la prevención secundaria de la infección y para favorecer la integración social de las personas que viven con VIH/SIDA, en este ámbito se realiza un trabajo asociativo con las agrupaciones de PVVIH para la implementación de la consejería entre pares.
- Otro gran desafío es la incorporación futura de antiretrovirales con equivalencia terapéutica, situación que se encuentra en evaluación.

### **Cambio en el conocimiento y comportamiento**

#### **PENDIENTE**

### **Mitigación del impacto**

Para evaluar los efectos económicos y sociales del VIH/SIDA y mejorar la respuesta nacional Chile realiza un estudio anual de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA, que calcula el esfuerzo económico nacional (Estado, empresa privada, sociedad civil y particulares) para abordar la epidemia VIH/SIDA. El estudio se realiza desde el año 1999 y el último corresponde al 2004.

La estimación del gasto país en VIH-SIDA alcanza a los 26.783 millones de pesos en el año 2004, de los cuales, el 82,7% corresponde a recursos nacionales y el 17,3% a fuentes internacionales a través del Fondo Global. Por su parte, el financiamiento nacional proviene en 56,4% de fondos públicos (Gobierno Central y Seguridad Social Pública), 15,1% de hogares (paciente y familias), 5,1% de Seguridad Social Previsional Privada (pago de pensiones de invalidez y licencias médicas), 3,7% de Seguros Privados de Salud (ISAPRE) y 2,4% de las ONG y organizaciones de autoayuda (definiciones genéricas para agrupar a todas las organizaciones sin fines de lucro de personas que viven con el virus del VIH y las que trabajan en el tema).

Otro indicador importante que entrega el estudio de Cuentas Nacionales elementos para evaluar el impacto de las estrategias es el gasto en Condonos que realizan los distintos actores. A través del tiempo, las personas han ido invirtiendo recursos propios para la adquisición de éstos. En el año 1999 las familias gastaron el 70,7% del total de gasto en condones del país, mientras que en el año 2004 esta cifra fue de 86,8%.

Por otro lado, el estudio de Evaluación del acceso a TARV, realizado en los años 2001, 2003 y realizándose actualmente el del año 2005, pretende medir el impacto en los ámbitos sociales y comportamentales de las personas con VIH/SIDA antes de la Iniciativa de Acceso a TARV (2001) y después cuando se ha logrado en el país la cobertura de 100%.

En el ámbito laboral por ejemplo, entre 2001 y 2003, aumenta el número de personas inactivas (de 12,9% a 17,2%), pero disminuye el número de desocupados (41,9% a 33,2%). También aumenta el número de ocupados, de un 45,7% a 49,6%, lo que puede dar una buena señal de lo que significa estar en condiciones más seguras debido a la terapia antiretroviral.

Respecto de la situación contractual de los trabajadores, en el período se produjo un descenso de los empleados con contrato (de 39,7% a 33,3%). Lo que se puede deducir, es el fuerte impacto que tiene la precarización del trabajo: en el periodo estudiado, se produjo un aumento de casi 10% en la cantidad de personas que trabajan sin contrato (de 46,2% a 56,9%). En otras palabras, hay una incorporación mayor al mundo laboral, pero en condiciones precarias. Sin embargo, es rescatable que los cambios de lugar de trabajo durante el período de seguimiento disminuyeron significativamente de 49.8% a 22.4%.

En el periodo, aumentaron de 34,2% a 43,3% las personas empleadas en el área de servicio, lo que es significativo. Sin embargo, disminuyeron los profesionales y técnicos de nivel medio (de 17,5% a 11,4%) y los ejecutivos, gerentes y directivos (de 5,1% a 0,8%).

En cuanto a la ausencia en el trabajo, se refleja también una mejoría. El año 2001, se observó que la máxima del promedio de días no trabajados fue de 365 días, mientras que el año 2003 fue de 330 días. Sin embargo, si bien hay un aumento en la incorporación al mundo del trabajo y en el nivel de ingreso de la población, persiste la precarización. La opción por el trabajo informal constituye la alternativa de inserción en el mercado laboral para las personas viviendo con VIH. La discriminación entonces es un tema central en la inserción al trabajo normal.

En términos de los ingresos, éste aumentó en promedio en alrededor de \$30.000 mensuales por persona. También disminuyó el porcentaje de la población en la indigencia (de 10,9% a 8,2%).

En el ámbito de la Discriminación y los Derechos Humanos, se han implementado diversas iniciativas, que pretenden intervenir en estos aspectos.

En un primer término la Ley 19.779, que "*Establece Normas Relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana*", define la responsabilidad del Estado Chileno en la prevención del VIH y tiene como objetivos promover la prevención y la no discriminación de las personas viviendo con el VIH/SIDA. Este cuerpo legal fue promulgado en el año 2001 y en la actualidad el

Reglamento para su aplicación se encuentra en toma de razón de la Contraloría General de la República.

Durante los años 2003 al 2005, se han realizado diversas iniciativas con el objetivo de difundir y educar sobre esta ley y 21 proyectos de intervención en las 13 regiones del país, coordinados por una Mesa Asociativa e Intersectorial, integrada por CONASIDA, VIVO POSITIVO, Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo y Previsión Social y División de Organizaciones Sociales del Ministerio Secretaría General de Gobierno.

Durante el año 2005, el Comité País para el Fondo Global-Chile, definió la realización de una investigación que permitirá dimensionar los niveles de discriminación en forma cuanti y cualitativa, para diseñar estrategias de intervención, dirigidos a estudiantes y otros estamentos de enseñanza superior. La investigación comenzará a desarrollarse en marzo del 2006.

#### **IV. PRINCIPALES PROBLEMAS ENFRENTADOS Y ACCIONES NECESARIAS PARA ALCANZAR LAS METAS Y OBJETIVOS DEL UNGASS**

Cuando en 1984 se diagnosticó en Chile el primer caso de VIH/SIDA, el país vivía bajo el régimen de una dictadura militar, circunstancia que imponía a la población un conjunto de severas limitaciones, restricciones y violencia en lo social, económico, político y cultural, que dejaban a vastos sectores en condiciones muy desventajosas para enfrentar su vida cotidiana y, por tanto, su salud, de manera adecuada.

Si bien en los años 80, ya diversos organismos no gubernamentales y organizaciones comunitarias con trabajo en salud venían desarrollando un quehacer pionero en materia de VIH/SIDA (con un enfoque basado en calidad de vida, salud integral y respeto de los DDHH), no fue sino hasta 1990-con el advenimiento del 1º gobierno elegido democráticamente, tras 16 años de régimen dictatorial-que el Estado chileno, a través de la creación de la Comisión Nacional del SIDA-CONASIDA, del Ministerio de Salud, se hace cargo de la generación de políticas públicas orientadas a enfrentar la epidemia en el país.

A partir de ese momento y enfrentando diversas dificultades, se inicia un camino que-de la mano de un proceso de democratización del país, mayor apertura en lo cultural y en lo político y generación de políticas destinadas a reducir los negativos impactos de un modelo económico profundamente injusto-buscaba contener el avance de la epidemia VIH/SIDA, intentando apuntar a las diversas variables epidemiológicas, sociales, culturales y económicas que favorecían la transmisión del virus VIH y el desarrollo de SIDA en las personas. Mientras, un significativo número de personas con VIH/SIDA seguían muriendo

a causa de las limitadas posibilidades de acceso a tratamientos, pobreza, exclusión y discriminación en diversos ámbitos de sus vidas.

Pero este camino complejo, requería no sólo del aporte fundamental del Estado, sino además, de diversas contribuciones que en Chile, como señalamos, se venían desarrollando en relación a la epidemia provenientes tanto de la sociedad civil, como de entidades académicas y organismos internacionales de asistencia técnica. Ya en 1991 se había conformado la Red de Acción Comunitaria de Acción en VIH/SIDA que aglutinaba a diversas organizaciones sociales y ONGs, además de las diversas organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA que en el año 1997 se organizaban en torno a la CORNAVIH y que posteriormente daría lugar a VIVO POSITIVO en el año 2000.

En este marco y gracias a la convicción de que problemas complejos requieren soluciones amplias e integrales, fue posible ir estableciendo diversas relaciones de colaboración y configurando una Respuesta Nacional a la Epidemia, teniendo siempre presente que el SIDA no era sólo el problema de un virus, de linfocitos o sistemas inmunológicos, sino que se trataba de un problema de salud fuertemente vinculado a malas condiciones de vida, desigualdad, discriminación y violencia.

En este contexto, parecía claro que el enfoque biomédico con características autoritarias predominante en nuestra cultura, tenía importantes limitaciones para abarcar todas las dimensiones del problema adecuadamente, haciéndose necesario el fortalecimiento de la participación de la ciudadanía de la manera más horizontal posible, en la perspectiva de su involucramiento en los procesos de salud y en ir generando un clima social proclive al cambio cultural, la prevención, la equidad, el respeto y la no discriminación, junto al abordaje franco y abierto de temas como la sexualidad, las orientaciones sexuales, el vivir con VIH/SIDA, la violencia de género, entre otras tantas dimensiones y situaciones humanas y sociales.

En 1999 estas relaciones de colaboración entre Gobierno, Sociedad Civil, Academia y Sistema de Naciones Unidas se plasman en la formación del Comité País, una plataforma asociativa que revisó y aprobó la propuesta de Proyecto de Ley de SIDA y que más tarde, en el año 2002, elaboraría la propuesta ***“Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional Intersectorial, Participativa y Descentralizada a la Epidemia VIH/SIDA”***, aprobada por el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, lo cual habrá implicado al año 2008, el ingreso al país de 38 millones de dólares, dirigidos a desarrollar estrategias en los ámbitos de prevención de VIH/SIDA, atención integral de Personas Viviendo con VIH/SIDA y fortalecimiento de la sociedad civil con trabajo en la materia, todo apuntando hacia la reducción de la epidemia en Chile y la disminución de sus impactos negativos sobre las vidas de personas, grupos y comunidades.

El Comité País para el Proyecto apoyado por el Fondo Global es hoy la entidad a cargo de la Dirección Política y la Supervigilancia de este proyecto, integrada por: CONASIDA-Ministerio de Salud, VIVO POSITIVO, ASOSIDA, Universidad de Chile, Grupo Temático ONUSIDA y Consorcio Consejo de las Américas (en su función de entidad administradora de los recursos y del monitoreo programático y financiero del mismo). Esta plataforma de cooperación entre Estado, Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA, Sociedad Civil, sector académico y Sistema de Naciones Unidas representa una avanzada, transparente, lúcida y estratégica forma de avanzar en la resolución de problemas que afectan al país y de ir generando políticas públicas, con la posibilidad de control social directo, para todo lo cual ha sido necesaria una férrea voluntad política de parte de todos su actores hoy involucrados. Voluntad que ha cosechado sus frutos en el aseguramiento del 100% de cobertura de medicamentos antirretrovirales para todas las personas viviendo con VIH del sector público, el desarrollo de campañas nacionales y regionales de comunicación social para la prevención de VIH/SIDA, Mercadeo Social del Condón, el fortalecimiento de las entidades de la Sociedad Civil que trabajan en el tema, cambios relevantes en el modelo de Atención de Salud a Personas que Viven con VIH/SIDA, avances en relación al tratamiento del tema en el ámbito laboral, capacitación a profesionales de la salud en temas relacionados con sexualidad, VIH/SIDA y derechos humanos, entre los más importantes, todo lo cual ha redundado en un impacto del tema en la opinión pública, así como su importante posicionamiento en medios de comunicación del país.

**No obstante, diversos obstáculos persisten en esta ruta, muchos de ellos vinculados a:**

1. La lentitud de un cambio hacia una cultura basada en la libertad, el bien común, la solidaridad y el respeto de los Derechos Humanos.
2. La brecha entre lo que las instituciones sociales plantean y lo que la ciudadanía desea en los temas de prevención y asistencia.
3. La necesidad de contar con políticas públicas orientadas a la mantención y mejoramiento de los resultados logrados por el país en el marco del proyecto fondo global.
4. Asegurar y garantizar la prevención y la asistencia a las personas y comunidades afectadas por la epidemia de VIH/SIDA.
5. Baja transversalidad del Estado en la respuesta a la epidemia.
6. Falta de programas de educación sexual incorporados en la formación de niños y niñas y adolescentes.
7. Escaso involucramiento del sector privado, en especial, el sector empresarial en la respuesta nacional al VIH/SIDA.

**Las medidas correctivas que se han propuesto tanto el CCM como el conjunto de actores público privados involucrados en la respuesta nacional al VIH/SIDA, en la línea de dar cumplimiento a las metas UNGASS, son las siguientes:**

1. Mantener la garantía y pleno cumplimiento al compromiso del Estado de Chile para una cobertura universal de las terapias antirretrovirales y exámenes asociados, en los sistemas públicos y privados de salud, incluyendo fuerzas armadas. Hoy día, en el marco de la reforma del sector salud, impulsada en el gobierno del presidente Ricardo Lagos, se ha incorporado al SIDA como una de las 36 patologías cubiertas por las garantías explícitas incorporadas por el Plan Auge.
2. Fortalecer y asegurar iniciativas efectivas y permanentes de parte del Gobierno para la prevención del VIH/SIDA, promoviendo el adecuado y consistente uso del condón y su mercadeo social. En el marco de la política del sector salud en conjunto con la sociedad civil se han implementado 13 campañas regionales de prevención del SIDA con un fuerte énfasis en la promoción del uso del preservativo. Así mismo se está a punto de aprobar una propuesta para la implementación de un sistema de logística del condón masculino que garantice el acceso y disponibilidad tanto en el ámbito público como privado.
3. Fortalecer el rol coordinador y de organismo rector de CONASIDA-Ministerio de Salud en el sector público, para lograr la intersectorialidad en las acciones preventivas, especialmente con los ministerios de educación, trabajo, defensa, SERNAM e INJUV. En el CCM se ha tomado la dedición de incorporar al Ministerio de Educación al mecanismo de coordinación del proyecto del Fondo Global.
4. Mantener el principio de asociatividad y cooperación entre el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil, como modelo de gestión participativa de la política pública. Durante el año 2005 se ha comenzado a discutir por parte del Ministerio de Salud y la Sociedad Civil un convenio de colaboración recíproca que incorpore elementos como la participación y el apoyo al fortalecimiento de las acciones que realizan las organizaciones de la sociedad civil.
5. Instalar en el marco de la educación en sexualidad y afectividad (curriculums de educación básica y media), la prevención del VIH/SIDA y la no discriminación de personas viviendo con VIH/SIDA. Se acaba de aprobar una propuesta de programa de educación y afectividad que incorpora contenidos transversales mínimos que deben ser abordados en las aulas con un fuerte énfasis en SIDA e ITS.

Creemos firmemente que cada uno de estos esfuerzos deben tener una continuidad en el tiempo; gobierno y sociedad civil hemos recorrido un camino muy extenso y dificultoso aunque con importantes logros para el país.

## **V. APOYO NECESARIO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAIS**

Para el desarrollo de este capítulo se han dividido las acciones que deben emprender los asociados que tradicionalmente han estado involucrados en la respuesta nacional de lucha contra el SIDA, en el marco del cumplimiento de las metas UNGASS propuestas para el 2010:

### **Desde el Estado:**

1. Aumentar los fondos nacionales dispuestos para el enfrentamiento del SIDA, en especial aquellos que están dirigidos a los segmentos más pobres de la población.
2. Desarrollar un Plan Estratégico nacional con la participación de los múltiples sectores nacionales, en especial la sociedad civil involucrada en la respuesta.
3. Garantizar el acceso oportuno y la calidad de la atención a las personas viviendo con VIH/SIDA y sus familias.
4. Profundizar los programas estatales que incorporen de manera permanente y efectiva a las poblaciones vulnerables tradicionales; trabajadores/as del sexo, hombres homosexuales y HSH y usuarios de droga intravenosa.
5. Mejorar la coordinación interestatal en la respuesta al VIH/SIDA, de tal forma de modificar la visión tradicional de que el SIDA es sólo un problema biomédico, dado el fuerte protagonismo que ha tenido salud en la respuesta en desmedro del intersector gubernamental.
6. Mejorar el acceso y disponibilidad de condones masculinos por medio de la implementación de un sistema logístico que permita acercar este producto a toda la población, en especial a las de menores recursos.
7. Garantizar la incorporación de la sociedad civil en el planeamiento, desarrollo e implementación de las políticas públicas en el ámbito de la prevención y atención integral a las personas viviendo con VIH/SIDA, de tal manera de asegurar una efectiva participación de la sociedad civil e involucramiento de las comunidades más afectadas.

### **Desde la Sociedad Civil:**

1. Mejorar las respuestas que desde la Sociedad Civil se han organizado para enfrentar la epidemia.
2. Mejorar los conocimientos y las estrategias que se implementan de tal forma de no desperdiciar los escasos recursos con los que se cuenta.
3. Desarrollar procesos de control social y monitoreo responsables de la acción del Estado, con capacidad de interlocutar e incidir en las políticas públicas del país.

4. Incorporar el documento UNGASS en la agenda de trabajo, de las organizaciones sociales, agrupaciones de personas que viven con VIH y redes, como un instrumento de trabajo y monitoreo de la respuesta nacional.

#### **Desde el Sistema de Naciones Unidas:**

5. Dada la particular situación del sistema de Naciones Unidas se requiere un mayor involucramiento en la respuesta nacional, apoyando técnicamente y públicamente las acciones que desde el Estado y la Sociedad Civil se implementan, por ejemplo; el permanente debate ético acerca de la efectividad del condón en contraposición con la abstinencia o programas ABC, promovidos fuertemente por grupos conservadores y la Iglesia Católica.
6. Mayor proactividad desde las agencias para ofrecer sus técnicos y profesionales para mejorar aspectos deficitarios de la respuesta nacional.
7. Incorporar de manera efectiva el documento UNGASS en la agenda del grupo temático, de tal forma de relevar los aspectos y niveles de cumplimiento de las metas en el país. Se plantea que el documento sea visto como una herramienta de trabajo puesta permanentemente en las reuniones del GTO.
8. Es necesario clarificar el rol y compromiso de cada una de las agencias de naciones unidas representadas en el GTO de tal forma de identificar claramente los particulares aportes y compromisos concretos que por mandato deben realizar las agencias.
9. Se necesita que el Grupo Temático ONUSIDA revise periódicamente su plan de trabajo para el año, de tal forma de complementar su accionar con el esfuerzo que se desarrolla desde el CCM, de tal forma de no duplicar esfuerzos y energías, dado que en la mayoría de los casos son los mismos actores que participan en ambas instancias.

## **VI. SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN**

Para hacer un seguimiento del progreso en la aplicación de las políticas sobre VIH/SIDA y de los compromisos UNGASS, así como para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, existe un trabajo con la Coordinadora Nacional de PVVIH, VIVOPOSITIVO (reúne alrededor de cuarenta organizaciones de base a nivel nacional), para desarrollar control social y vigilancia de la protección de los derechos humanos, de manera de detectar y resolver aquellos problemas que se presenten en los ámbitos laboral, educacional o prestación de Salud.

### **Apéndice 3**

## **Parte A del cuestionario del índice compuesto de**

# política nacional

## I. Plan Estratégico

### 1. ¿Ha desarrollado su país un marco nacional de estrategia y acción multisectorial para la lucha contra el VIH/SIDA?

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

<b>Si</b>	No	No corresponde(N/C)	Período cubierto:
-----------	----	---------------------	-------------------

1.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué sectores están incluidos?

Sectores incluidos	Marco de estrategia/acción	Punto focal/Responsable
Salud	<b>Si</b> No	<b>Si</b> No
Educación	<b>Si</b> No	Sí <b>No</b>
Trabajo	<b>Si</b> No	Sí <b>No</b>
Transporte	Sí <b>No</b>	Sí <b>No</b>
Ejército	Sí <b>No</b>	Sí <b>No</b>
Mujeres	<b>Si</b> No	Sí <b>No</b>
Juventud	<b>Si</b> No	Sí <b>No</b>
Otros por especificar <sup>8</sup>	<b>Si</b> No	Sí <b>No</b>
Justicia a través de Gendarmería	<b>Si</b> No	Sí <b>No</b>
Serv. Nac. De Menores	<b>Si</b> No	Sí <b>No</b>
Seremis de Gob. Regionales	<b>Si</b>	Sí <b>No</b>

#### **Comentarios:**

El Ministerio de Salud se encuentra definiendo una política intersectorial de Prevención de VIH/SIDA que pretende ser implementado a partir de 2006.

1.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿el marco nacional de estrategias de acción aborda las siguientes áreas, poblaciones objetivo y problemas interrelacionados? (Sí/No)

<p><b>Programa</b></p> <p>a. ¿Asesoramiento y pruebas voluntarias?</p> <p>b. ¿Promoción y distribución de preservativos?</p> <p>c. ¿Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual?</p> <p>d. ¿Seguridad hematológica?</p> <p>e. ¿Prevención de la transmisión materno-infantil?</p> <p>f. ¿Amamantamiento?</p> <p>g. ¿Tratamiento y atención?</p> <p>h. ¿Migración?</p> <p><b>Poblaciones objetivo</b></p> <p>i. ¿Mujeres y muchachas?</p> <p>j. ¿Juventud?</p> <p>k. ¿Poblaciones más expuestas?</p> <p>l. ¿Huérfanos y otros niños vulnerables?</p>	<p>a. <u>  Sí  </u></p> <p>b. <u>  Sí  </u></p> <p>c. <u>  Sí  </u></p> <p>d. <u>  Sí  </u></p> <p>e. <u>  Sí  </u></p> <p>f. <u>  Sí  </u></p> <p>g. <u>  Sí  </u></p> <p>h. <u>  Sí/No  </u></p> <p>i. <u>  Sí  </u></p> <p>j. <u>  Sí  </u></p> <p>k. <u>  Sí  </u></p> <p>l. <u>  Sí UNICEF  </u></p>
---	---

<sup>8</sup> Cualesquiera de los siguientes: agricultura, finanzas, recursos humanos, minerales y energía, planificación, obras públicas, turismo, comercio e industria.

9 Las poblaciones más expuestas son grupos identificados localmente como más expuestos al riesgo de transmisión del VIH (consumidores de drogas intravenosas, profesionales del sexo, varones que tienen relaciones sexuales con varones y conductores de mototaxis).

<p><b>Problemas interrelacionados</b></p> <p>m. ¿VIH/SIDA y pobreza?</p> <p>n. ¿Derechos humanos?</p> <p>o. ¿Participación de las personas que viven con el VIH/SIDA?</p>	<p>m. <u>Sí</u></p> <p>n. <u>Sí</u></p> <p>o. <u>Sí</u></p>
---	---

1.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye un plan operativo? **Sí**  
**No**

1.4 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye el plan de estrategia u operativo: **Sí**  
**No**

a. objetivos formales del programa? **Sí**  
**No**

b. un presupuesto detallado de costos? **Sí**  
**No**

c. indicaciones de proveedores de financiamiento? **Sí**  
**No**

1.5 ¿Ha verificado su país el “pleno compromiso y participación” de la sociedad civil en la fase del planificación? **Sí**  
**No**

1.6 ¿Han apoyado las partes interesadas clave el marco nacional de estrategia y acción? **Sí**  
**No**

**Comentarios:**  
 El presupuesto provisional fundamentalmente del sector salud con apoyo incipiente de otros sectores del Gobierno.  
 CONASIDA ha derivado una parte importante del Proyecto Fondo Global al trabajo con otros sectores del Gobierno, focalizándolo en otras poblaciones interrelacionados.

**2. ¿Ha integrado el país el VIH/SIDA en su plan de desarrollo general como:**  
**a) planes de desarrollo nacional, b) Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo, c) Documentos estratégicos para la reducción de la pobreza, y d) evaluación nacional común)?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

2.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué plan de desarrollo? a) Metas Milenio del País  
 b) Objetivos Sanitarios País al 2010



Aérea y Carabineros de Chile. Se espera profundizar el trabajo asociativo con éstas en el futuro cercano.

<b>¿En general, cómo valora los esfuerzos de planificación de estrategias en los programas del VIH y del SIDA?</b>										
2005										Deficientes
Correctos										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003										Deficientes
Correctos										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones:</i>										
La diferencia fundamental radica en que la planificación 2005 en adelante, se basa en evaluaciones formales de las estrategias implementadas con anterioridad.										

**II. Apoyo político**

El apoyo político firme incluye al gobierno y los líderes políticos que hablan abiertamente a menudo acerca del SIDA y presiden regularmente reuniones importantes, la asignación de presupuestos públicos al apoyo de programas del SIDA y el empleo eficaz de las organizaciones del gobierno y de la sociedad civil y los procesos de apoyo a los programas eficaces contra el SIDA.

**1. ¿El jefe de gobierno u otros altos funcionarios hablan en público a favor de los esfuerzos contra el SIDA por lo menos dos veces por año?**

Jefe de gobierno	<b>Si</b>	No
Otros altos funcionarios	<b>Si</b>	No

**2. ¿Cuenta su país con un órgano para la gestión y coordinación multisectorial nacional de los esfuerzos contra el VIH/SIDA que esté reconocido por la ley? (consejo o comisión nacional del SIDA)\***

<b>Si</b>	No	N/C
-----------	----	-----

2.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo fue creado? Año: 1990 .-

2.2 ¿Incluye lo siguiente?

Mandato	<b>Si</b>	No
Composición definida	<b>Si</b>	No
Incluye a la sociedad civil	<b>Si</b>	No
Personas que viven con el VIH/SIDA	<b>Si</b>	No
Sector privado	<b>Si</b>	<b>No</b>
Plan de acción	<b>Si</b>	No
Secretaría funcional	<b>Si</b>	No

Fecha de la última reunión de la secretaría	<b>Fecha:</b>
---	---------------

**Comentarios:**  
 La Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) ES EL Organismo del Gobierno, que implementa el Programa Nacional de prevención y control del SIDA y su funcionamiento ha sido permanente desde su creación en 1990 hasta la fecha.

**3. ¿Cuenta su país con un órgano nacional del VIH/SIDA que promueva la interacción entre el gobierno, las personas que viven con el VIH, el sector privado y la sociedad civil para poner en marcha programas y estrategias contra el VIH y el SIDA?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

3.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye lo siguiente?

Mandato	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Composición definida	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Plan de acción	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Secretaría funcional	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Fecha de la última reunión	<b>Fecha:</b>	

**Comentarios:**  
 La Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) ES EL Organismo del Gobierno, que implementa el Programa Nacional de prevención y control del SIDA y su funcionamiento ha sido permanente desde su creación en 1990 hasta la fecha.

**4. ¿Cuenta su país con un órgano nacional sobre el VIH/SIDA que ayude a las organizaciones de la sociedad civil a coordinar la prestación de servicios relacionados con el VIH?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

4.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye lo siguiente?

Mandato	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Composición definida	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Plan de acción	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Secretaría funcional	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Fecha de la última reunión	<b>Fecha:</b>	

**Comentarios:**  
 Existe trabajo asociativo, manteniendo la autonomía de las organizaciones y del gobierno.

<b>En general, ¿cómo valora usted el apoyo político a los programas del VIH/SIDA?</b>		
2005	Deficiente	Correcto

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Deficiente									Correcto	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican: No existe diferencia en este período en el cual el apoyo político ha sido innegable demostrado por: asignación presupuestaria creciente, apoyo a la campaña de comunicación social, inclusión de los TAR en la Ley de Garantías en Salud (AUGE), apoyo a Org. de la Sociedad Civil.

### III. Prevención

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

<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

1.1 El año pasado, ¿puso usted en ejecución un programa activo para promover los informes precisos de los medios de comunicación sobre el VIH y el SIDA?

<b>Si</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

**Comentarios:**

Existe una política comunicacional que incluye trabajo permanente con periodistas del sector Salud y de los medios de comunicación.

**2. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para fomentar la educación sobre salud reproductiva y sexual en relación con el VIH y el SIDA entre los jóvenes?**

<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

2.1 Indique si la educación sobre el VIH forma parte del plan de estudios en

escuelas primarias **Si** **No**

escuelas secundarias **Si** **No**

2.2 ¿Proporcionan el plan de estudios y la estrategia la misma educación sobre salud reproductiva y sexual para varones y mujeres jóvenes? **Si** **No**

**Comentarios:**

Existe en Chile una política interministerial de sexualidad que incluye los temas de salud sexual y reproductiva. También el Plan de Sexualidad y Afectividad del Ministerio de Educación que se pondrá en marcha a partir del 2006.

**3. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación y otras intervenciones preventiva de salud para las poblaciones más expuestas?**

<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

<sup>10</sup> Las estrategias y políticas que se señalan en el apartado Prevención pueden incluirse en el marco de estrategia y acción nacionales que se analiza en I.1, o por separado.

**3.1 ¿Ha establecido su país una política o estrategia para atender a las poblaciones más expuestas?**

Consumidores de drogas intravenosas, incluida: - Información, educación y asesoramiento sobre la reducción del riesgo - Programas de intercambio de aguja y jeringa - Servicios de tratamiento - Si la respuesta es afirmativa, tratamiento de sustitución de drogas	<b>Si</b> <b>Si</b> <b>Si</b> <b>Si</b>	<b>No</b> <b>No</b> <b>No</b> <b>No</b>	<b>N/C</b> <b>N/C</b> <b>N/C</b> <b>N/C</b>
Varones que tienen relaciones sexuales con varones	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
Profesionales del sexo	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
Internos de prisiones	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
Emigrantes transfronterizos y poblaciones móviles	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
Refugiados o poblaciones desplazadas	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
Otras poblaciones más expuestas ( <i>sírvanse especificar</i> )	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>

**Comentarios:**

Mujeres, jóvenes, poblaciones rurales, trabajadores y pueblos originarios, en este último caso el trabajo es incipiente.

**4. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención, incluidas las poblaciones más expuestas? (Estos productos incluyen, entre otros, el acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales, preservativos, agujas estériles y fármacos para tratar infecciones de transmisión sexual.)**

<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

**4.1 ¿Cuentan ustedes con programas que apoyen la política o la estrategia?**

¿Un programa de comercialización social del preservativo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Un programa de seguridad hematológica?	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Un programa de administración de inyecciones seguras en los establecimientos de salud?	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Un programa de diagnóstico prenatal de la sífilis?	<b>Si</b>	<b>No</b>

**Comentarios:**

- La estrategia Mercadeo Social del Condón está por implementarse en Marzo de 2006.
- Seguridad hematológica e inyecciones seguras, forman parte de las precauciones universales establecidas por el país.
- Existe un Plan Nacional para la Sífilis Congénita.

**En general, ¿cómo calificaría usted los esfuerzos de política en apoyo de la prevención?**

2005	Deficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10											
2003	Deficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10											

*Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones*

- Se están realizando esfuerzos por identificar de manera más precisa a las Poblaciones más Vulnerables para focalizar los recursos hacia ellas.

**5. ¿De las actividades de prevención siguientes, ¿cuáles se han puesto en marcha en 2003 y 2005 en apoyo a la política y la estrategia para la prevención del VIH? (Marque todos los programas que se han instaurado más allá de la etapa experimental en una proporción importante de las poblaciones tanto urbana como rural).**

	2003	2005
a. Un programa para promover la información precisa sobre el VIH y el SIDA por los medios de comunicación.	a. <input checked="" type="checkbox"/>	a. <input checked="" type="checkbox"/>
b. Un programa de comercialización social del preservativo	b. <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/>
c. Educación para jóvenes acerca del SIDA impartida en las escuelas	c. <input checked="" type="checkbox"/>	c. <input checked="" type="checkbox"/>
d. Información para el cambio de comportamiento	d. <input checked="" type="checkbox"/>	d. <input checked="" type="checkbox"/>
e. Asesoramiento y pruebas voluntarias	e. <input checked="" type="checkbox"/>	e. <input checked="" type="checkbox"/>
f. Programas para profesionales del sexo	f. <input checked="" type="checkbox"/>	f. <input checked="" type="checkbox"/>
g. Programas para varones que tienen relaciones sexuales con varones	g. <input checked="" type="checkbox"/>	g. <input checked="" type="checkbox"/>
h. Programas para consumidores de drogas intravenosas, si corresponde	h. <input type="checkbox"/>	h. <input type="checkbox"/>
	i. <input checked="" type="checkbox"/>	i. <input checked="" type="checkbox"/>

i. Programas para otras poblaciones más expuestas j. Seguridad hematológica k. Programas para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH l. Programas para garantizar las precauciones universales en centros de atención de salud m. Otros: - Programa de acceso a condones y Campaña de Comunicación Social.	j. <u>  X  </u>	j. <u>  X  </u>
	k. <u>  X  </u>	k. <u>  X  </u>
	l. <u>  X  </u>	l. <u>  X  </u>
	m. <u>  X  </u>	m. <u>  X  </u>

En general, ¿cómo calificaría usted los esfuerzos en la aplicación de los programas de prevención del VIH?										
2005	Deficientes									
Correctos	0	1	2	3	4	<b>5</b>	6	7	8	9
10										
2003	Deficientes									
Correctos	0	1	2	3	4	<b>5</b>	6	7	8	9
10										
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones</i>										
- Se requiere aumentar la cobertura de las acciones en prevención, para eso se requiere la creación de más organizaciones de la sociedad civil en regiones.										

**IV. Atención y apoyo**

1. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para promover una atención y apoyo integrales del VIH/SIDA, con suficiente atención a los obstáculos que enfrentan las mujeres, los niños y las poblaciones más expuestas? (La atención integral incluye asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales, atención psicológica, acceso a medicamentos, y atención domiciliaria y comunitaria, sin limitarse a ellos.)

<b>Si</b>	No	N/C
-----------	----	-----

2. De las actividades siguientes, ¿cuáles se han aplicado en los programas de atención y tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA?

	2003	2005
a. Análisis sistemático del VIH en la sangre para transfusión	a. X	a. X
b. Precauciones universales	b. X	b. X
c. Tratamiento de las infecciones oportunistas (IO)	c. X	c. X
d. Terapia antirretrovírica (TAR)	d. X	d. X
e. Atención nutricional	e. X	e. X
f. Atención de infecciones de transmisión sexual	f. X	f. X
g. Servicios de planificación familiar	g.	g.
h. Apoyo psicosocial para las personas que viven con la infección por el VIH y sus familias.	h. X	h. X
i. Atención en el hogar	i. X	i. X
j. Atención y tratamiento paliativos de infecciones comunes relacionadas con el VIH: neumonía candidiasis bucal, candidiasis vaginal y TB pulmonar (DOTS)	j. X	j. X
k. Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con la infección por el VIH:	k. X	k. X
l. Profilaxis posexposición (por ej., exposiciones al VIH, violación).	l. X	l. X
m. Otros: Exposición laboral Abuso sexual	m. X	m. X

**Comentarios:**

Los Programas de Planificación Familiar existe para todas las mujeres y no hay una específica para las mujeres VIH positivas.

En general, ¿cómo valoraría usted los esfuerzos del programa de atención y tratamiento del VIH y el SIDA?										
2005	Deficientes									
Correctos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
2003	Deficientes									
Correctos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:										

<sup>11</sup> Las estrategias y políticas que se señalan en el apartado Atención y apoyo pueden incluirse en el marco de estrategia y acción nacionales que se analiza en I.1, o por separado.

**3. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para abordar necesidades adicionales de los huérfanos y otros niños vulnerables sobre el VIH/SIDA?**

Sí	<b>NO</b>	N/C
----	-----------	-----

3.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿existe una definición operacional para los huérfanos y otros niños vulnerables en el país?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, sírvanse proporcionar la definición:

\_\_\_\_\_

3.2 De las actividades siguientes, ¿cuáles se han puesto en marcha dentro de los programas para huérfanos y niños vulnerables?

	2003	2005
Pago de la matrícula escolar para los huérfanos y niños vulnerables	NO	NO
Programas comunitarios	NO	NO
Otros ( <i>sírvanse especificar</i> )		

**Comentarios:**

La situación de los niños huérfanos en Chile no ha sido abordada desde una política pública. Durante el 2005 se realizó una investigación para conocer las características y condiciones de éstos niños con el fin de tener insumos para el diseño de estrategias dirigidas a ellos.

En general, ¿cómo calificaría usted los esfuerzos por satisfacer las necesidades de los huérfanos y niños vulnerables?										
2005										Deficientes
Correctos										
	0	<b>1</b>	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
2003										Deficientes
Correctos										
	0	<b>1</b>	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>										

**V. Vigilancia y evaluación**

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

<b>Sí</b>	No	En marcha	Años cubiertos: 1990- 2005
-----------	----	-----------	----------------------------

1.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se contó con el apoyo de

asociados fundamentales en la evaluación?  
**No**

**Si**

**Comentarios:**

Los sistemas de monitoreo deben ampliarse profundizarse. Se ha enfatizado en algunas áreas de intervención como: Intervenciones en Poblaciones Vulnerables, Consejería, funcionamiento del FONOSIDA, Campaña de Comunicación Social, Impacto de los Tratamientos Anti-Retrovirales.

1.2 El plan de vigilancia y evaluación, ¿se desarrolló en consulta con la sociedad civil y las personas que viven con la infección por el VIH?

**No**

**Si**

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

una estrategia para la recopilación y análisis de datos	<b>Si</b>	<b>No</b>
un grupo bien definido y normalizado de indicadores	<b>Si</b>	<b>No</b>
directrices para los instrumentos de recopilación de datos	<b>Si</b>	<b>No</b>
una estrategia para evaluar la calidad y exactitud de los datos	<b>Si</b>	<b>No</b>
una estrategia de divulgación y uso de datos	<b>Si</b>	<b>No</b>

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

<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>En marcha</b>	<b>Años cubiertos: 1990 - 2005</b>
-----------	-----------	------------------	------------------------------------

3.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se obtuvo el financiamiento?

**No**

**Si**

**4. ¿Existe una unidad o departamento funcionales de vigilancia y evaluación?**

<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>En marcha</b>
-----------	-----------	------------------

Si la respuesta es Sí,

¿Ubicado en el CNS o equivalente?

¿Ubicado en el ministerio de salud?

<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Si</b>	<b>No</b>

¿Ubicado en otra entidad? *Sírvanse especificar*

4.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se cuenta con mecanismos para asegurar que todos los elementos operativos importantes

**No**

**Si**

presenten sus informes a esta unidad o departamento?

**Comentarios:**

Existe un reglamento del VIH/SIDA que es para todos los Centros de Atención Primaria, Hospitales y Laboratorios sean públicos o privados, para conseguir este objetivo.

--

4.2 ¿Existe un funcionario a jornada completa responsable de las actividades de vigilancia y evaluación del programa nacional?

<b>Sí, a jornada completa</b>	Sí, por horas	No hay funcionario de vigilancia y evaluación
-------------------------------	---------------	---

4.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿desde cuándo? :

Año 1990 - 2005

5. ¿Existe un grupo o comité de trabajo que se reúna periódicamente y coordine las actividades de vigilancia y evaluación?

<b>Sí, con regularidad</b>	Sí, irregular	No	Fecha de la última reunión: 05-01-2006
----------------------------	---------------	----	---

5.1 ¿ Incluye la representación de la sociedad civil y personas que viven con la infección por el VIH?

**Sí**

No

6. ¿Se han revisado los programas de cada entidad para que armonicen los indicadores de vigilancia y evaluación con los de su país?

<b>Sí</b>	No	<b>N/C</b>
-----------	----	------------

7. ¿En qué grado (bajo a alto) las Naciones Unidas, los organismos bilaterales y otras instituciones comparten los resultados de vigilancia y evaluación?

Bajo  
Alto

0	1	2	3	4	5	6	<b>7</b>	8	9
10									

Comentarios:

--

8. ¿ Mantiene la Unidad de Vigilancia y Evaluación una base de datos nacional central?

<b>Sí</b>	No	N/C
-----------	----	-----

8.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo es? Base de Datos de: Notificaciones  
Defunciones

**9. ¿Se cuenta con un sistema de información de salud funcional?**

Nivel nacional	<b>Sí</b>	No
Subnacional*	<b>Sí</b>	No

(\*entrega periódicamente datos de los establecimientos de salud que se ordenan a nivel distrital, se envían a nivel nacional, se analizan y se usan en distintos niveles)

<b><u>Comentarios:</u></b>
----------------------------

**10. ¿Existe un sistema funcional de información sobre educación?**

Nivel nacional	<b>Sí</b>	No
Subnacional*	Sí	No

\* Si la respuesta es afirmativa, sírvanse especificar el nivel; por ejemplo, distrital

**11. ¿Publica su país por lo menos una vez al año un informe de evaluación sobre el VIH y el SIDA que incluya informes de vigilancia del VIH ?**

<b>Sí</b>	No	N/C
-----------	----	-----

**12. ¿En qué grado se utiliza información estratégica en la planificación y ejecución?**

<b>Bajo</b>										<b>Alto</b>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>10</b>										

<b><u>Comentarios:</u></b> Se utiliza para planificar y también para evaluar las intervenciones.
---

**13. ¿Se impartió en el último año capacitación en vigilancia y evaluación?**

¿A nivel nacional?	<b>Sí</b>	No
¿A nivel subnacional?	<b>Sí</b>	No
¿Incluyó a la sociedad civil?	Sí	<b>No</b>

<b>En general, ¿cómo valoraría usted los esfuerzos del programa de vigilancia y evaluación del VIH y del SIDA?</b>										
2005										Deficientes
Correctos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	<b>9</b>
10										
2003										Deficientes

Correctos	0	1	2	3	4	5	6	7	<b>8</b>	9
10										
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican: Entrada en vigencia del AUGE y el Sistema Informático Nacional del acceso a los TAR.</i>										

## Parte B

### I. Derechos Humanos

**1. ¿Dispone su país de leyes y reglamentaciones que protejan contra la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA (por ej., disposiciones generales contra la discriminación o medidas que se centran en la escolarización, vivienda, empleo, etc. en relación específica con el VIH)?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

**Comentarios:**

Sí, existe la Ley 19.779 (Ley de SIDA) desde 2001.

**2. ¿Dispone su país de leyes y reglamentaciones que protejan contra la discriminación de grupos de personas identificadas como especialmente vulnerables al VIH/SIDA (es decir, grupos como los CDI, varones que tienen relaciones sexuales con varones, profesionales del sexo, poblaciones móviles e internos de prisiones)?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

*Si la respuesta es afirmativa, especifique los grupos:*

--

**3. ¿Existen en su país leyes y reglamentos que signifiquen obstáculos para la prevención y atención eficaces contra el VIH en las poblaciones más expuestas?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

*Si la respuesta es afirmativa, especifíquelos:*

--

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

<b>Sí</b>	No	N/C
-----------	----	-----

Comentarios:

5. Por medio de apoyo político y financiero, ¿ha facilitado el gobierno la participación de las poblaciones vulnerables en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?

<b>Sí</b>	No	N/C
-----------	----	-----

*Si la respuesta es afirmativa, señale ejemplos:*

Existe un trabajo asociativo histórico, donde se incorpora a éstos grupos en este trabajo.

6. ¿Tiene establecida su país una política que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención y atención?

Sí	No	<b>N/C</b>
----	----	------------

Comentarios:

En Chile se garantiza el acceso a todas las personas y no hay un tratamiento especial por razones de género.

7. ¿Tiene establecida su país una política que asegure a las poblaciones más expuestas la igualdad en el acceso a la prevención y atención?

Sí	No	<b>N/C</b>
----	----	------------

Comentarios:

La Constitución Política del país establece la igualdad de todos los chilenos, derecho a la vida, a la salud, en resumen se amparan en ella todos los Derechos Humanos.

8. ¿Tiene establecida su país una política que prohíba las pruebas del VIH para efectos generales de trabajo y empleo (entrevistas, promociones, capacitación, prestaciones)?

<b>Sí</b>	No	N/C
-----------	----	-----

**9. ¿Tiene establecida su país una política que asegure que los protocolos de investigación en los que participan seres humanos, en relación con el VIH/ SIDA, sean revisados y aprobados por un comité de ética nacional o local?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

9.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye el comité de revisión ética a la sociedad civil y a personas con el VIH?

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

**Comentarios:**

Los comités de bioética establecen el consentimiento informado de quienes participan de éstas investigaciones.

**10. ¿Tiene establecidos su país los mecanismos de seguimiento y aplicación siguientes?**

Recopilación de información sobre derechos humanos y cuestiones relacionadas con el VIH y SIDA, y uso de esta información en la reforma de la formulación de políticas y programas	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Existencia de instituciones nacionales independientes encargadas de la promoción y protección de los derechos humanos, como son las comisiones de derechos humanos y de reformas legislativas y los defensores del pueblo, que consideren aspectos del VIH y el SIDA en su campo de trabajo	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Establecimiento de puntos focales dentro de los organismos gubernamentales de salud y otros para vigilar las violaciones de los derechos humanos relacionadas con el VIH	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Desarrollo de indicadores de desempeño o evaluaciones comparativas acerca del cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos contra el VIH y el SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>

**11. ¿Han sido capacitados y sensibilizados los miembros del poder judicial en cuanto a los problemas del VIH y el SIDA, así como de los derechos humanos, que pueden sobrevenir en el contexto de su trabajo?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>N/C</b>
-----------	-----------	------------

**12. ¿Se cuenta en su país con los servicios de apoyo jurídico siguientes?**

Sistemas de ayuda jurídica para casos individuales relacionados con el VIH y el SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Apoyo del gobierno en aspectos como la discriminación a bufetes del sector privado o centros universitarios que ofrecen servicios de apoyo jurídico gratuito a la población que vive con el VIH y con SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Programas para informar y hacer conscientes de sus derechos a las personas que viven con el VIH y con SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>

**13. ¿Existen programas destinados a transformar las actitudes sociales de discriminación y estigma relacionados con el VIH y el SIDA en actitudes de comprensión y aceptación?**

En general, ¿cómo calificaría usted las políticas, leyes y reglamentos vigentes para promover y proteger los derechos humanos en lo referente al VIH y al SIDA?										
2005										Deficientes
Correctos										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
2003										Deficientes
Correctos										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i> Desde el año 2005 se garantiza el acceso a los TAR por Ley AUGE para el 100% de quienes lo requieran.										

En general, ¿cómo valoraría usted los esfuerzos por hacer cumplir las políticas, leyes y reglamentos existentes?										
2005										Deficientes
Correctos										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
2003										Deficientes
Correctos										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i> La campaña diseñada entre el Estado y la Sociedad Civil y los procedimientos en el Sistema de Salud para garantizar el acceso a los TAR.										

**III. Prevención**

**1. De las actividades de prevención siguientes, ¿cuáles se han puesto en marcha en 2003 y 2005 en apoyo a la política o estrategia de prevención del VIH? (Marque todos los programas que se han instaurado más allá de la etapa experimental en una porción importante de las poblaciones tanto urbanas como rurales).**

	2003	2005
a. Un programa que promueva la divulgación de información precisa acerca del VIH y el SIDA en los medios de comunicación.	a. <u> Sí </u>	a. <u> Sí </u>
b. Un programa de comercialización social del preservativo	b. <u> No </u>	b. <u> Sí </u>
c. Educación sobre el SIDA para los jóvenes en las escuelas	c. <u> Sí </u>	c. <u> Sí </u>
d. Información para el cambio de comportamiento	d. <u> Sí </u>	d. <u> Sí </u>
e. Asesoramiento y pruebas voluntarias	e. <u> Sí </u>	e. <u> Sí </u>
f. Programas para los profesionales del sexo	f. <u> Sí </u>	f. <u> Sí </u>

g. Programas para varones que tienen relaciones sexuales con varones	g. <u>  <b>Sí</b>  </u>	g. <u>  <b>Sí</b>  </u>
h. Programas para consumidores de drogas intravenosas, si corresponde	h. <u>  <b>N/C</b>  </u>	h. <u>  <b>N/C</b>  </u>
i. Programas para otras poblaciones más expuestas <sup>12</sup>	i. <u>          </u>	i. <u>  <b>Sí</b>  </u>
j. Seguridad hematológica	j. <u>  <b>SI</b>  </u>	j. <u>  <b>SI</b>  </u>
k. Programas para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH	k. <u>  <b>SI</b>  </u>	k. <u>  <b>SI</b>  </u>
l. Programas para la administración de inyecciones seguras en los establecimientos de salud	l. <u>  <b>SI</b>  </u>	l. <u>  <b>SI</b>  </u>
m. Otros: ( <i>sírvanse especificar</i> )	m. <u>          </u>	m. <u>          </u>

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos en la aplicación de programas de prevención del VIH ?										
2005	Deficientes									Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
2003	Deficientes									Correctos
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>										

<sup>12</sup> Sírvanse definir.

#### IV. Atención y apoyo

##### 1. De las actividades siguientes, ¿cuáles están ya en marcha dentro de los programas de atención y tratamiento del VIH y el SIDA?

	2003	2005
a. Pruebas de detección del VIH para la transfusión de sangre	a. <u>  <b>X</b>  </u>	a. <u>          </u>
b. Precauciones universales	b. <u>  <b>X</b>  </u>	b. <u>          </u>
c. Tratamiento de las infecciones oportunistas (IO)	c. <u>  <b>X</b>  </u>	c. <u>          </u>
d. Terapia antirretrovírica (TAR)	d. <u>  <b>X</b>  </u>	d. <u>          </u>
e. Atención nutricional	e. <u>  <b>X</b>  </u>	e. <u>          </u>
f. Atención de infecciones de transmisión sexual	f. <u>  <b>X</b>  </u>	f. <u>          </u>
g. Servicios de planificación familiar	g. <u>  <b>X</b>  </u>	g. <u>          </u>
h. Apoyo psicosocial para las personas que viven con la infección por el VIH y sus familias	h. <u>  <b>X</b>  </u>	h. <u>          </u>
i. Atención domiciliaria	i. <u>  <b>N/C</b>  </u>	i. <u>  <b>N/C</b>  </u>
j. Atención y tratamiento paliativos de infecciones comunes relacionadas con el VIH: neumonía, candidiasis bucal, candidiasis vaginal y TB pulmonar (DOTS)	j. <u>  <b>X</b>  </u>	j. <u>          </u>
k. Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	k. <u>  <b>X</b>  </u>	k. <u>          </u>
l. Profilaxis posexposición (por ej., exposiciones ocupacionales al VIH, violación)	l. <u>  <b>X</b>  </u>	l. <u>          </u>
m. Otros: ( <i>sírvanse especificar</i> )	m. <u>          </u>	m. <u>          </u>

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos del programa de atención y tratamiento del VIH y el SIDA?										
2005	Deficientes								Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
2003	Deficientes								Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										9
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i> Se reglamentó la profilaxis posexposición por abuso sexual y se ha ampliado la oferta psicosocial a personas viviendo con VIH.										

**2. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales de los huérfanos y otros niños vulnerables respecto al VIH y SIDA?**

Sí	No	N/C
----	----	-----

2.1 De las actividades siguientes, ¿cuáles se han puesto en marcha dentro de los programas para huérfanos y otros niños vulnerables?

	2003	2005
Pago de la matrícula escolar para los huérfanos y otros niños vulnerables	N/C	N/C
Programas comunitarios		
Otros: (sírvanse especificar)		

**Comentarios:**

No se ha realizado trabajo con esta población pero se ha comenzado por investigar dicha realidad y desde ahí poder comenzar un trabajo más sistemático con ellos.

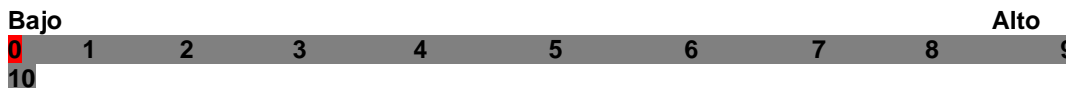
En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos por satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables?										
2005	Deficientes								Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
2003	Deficientes								Correctos	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10										
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i> La diferencia la marca, como se explicaba antes, la investigación para identificar a estas poblaciones, cuantificarlas y poder abordar mejor sus problemáticas.										

**II. Participación de la sociedad civil**

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



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



3. ¿En qué grado se incluyen, tanto en los planes como en los informes estratégicos nacionales, los servicios humanitarios de la sociedad civil en los aspectos de prevención y atención?

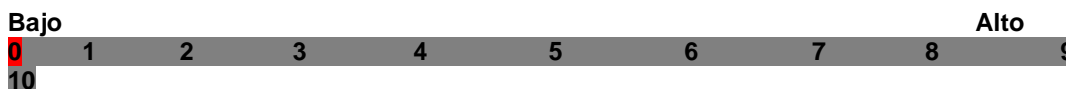


4. Indique si su país ha efectuado una revisión periódica nacional del plan estratégico con participación de la sociedad civil, y cuándo:

Sí	No	N/C
----	----	-----

Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

5. ¿En qué grado dispone su país de una política que asegure que los protocolos de investigación sobre el VIH/SIDA en los que participan seres humanos sean revisados y aprobados por un comité nacional o local de revisión ética en el que participen personas que viven con el VIH y las personas que los atienden?



En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos por aumentar la participación de la sociedad civil?										
2005	Deficientes									Correctos
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2003	Deficientes									Correctos
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican: Mesas de Trabajo, Campaña Nacional y Regional, Apoyo económico para el fortalecimiento.										

### III. Prevención

**1. De las actividades de prevención siguientes, ¿cuáles se han puesto en marcha en 2003 y 2005 en apoyo a la política o estrategia de prevención del VIH?** (Marque todos los programas que se han instaurado más allá de la etapa experimental en una porción importante de las poblaciones tanto urbanas como rurales).

	2003	2005
a. Un programa que promueva la divulgación de información precisa acerca del VIH y el SIDA en los medios de comunicación.	a. _____	a. _____
b. Un programa de comercialización social del preservativo	b. _____	b. _____
c. Educación sobre el SIDA para los jóvenes en las escuelas	c. _____	c. _____
d. Información para el cambio de comportamiento	d. _____	d. _____
e. Asesoramiento y pruebas voluntarias	e. _____	e. _____
f. Programas para los profesionales del sexo	f. _____	f. _____
g. Programas para varones que tienen relaciones sexuales con varones	g. _____	g. _____
h. Programas para consumidores de drogas intravenosas, si corresponde	h. _____	h. _____
i. Programas para otras poblaciones más expuestas <sup>12</sup>	i. _____	i. _____
j. Seguridad hematológica		
k. Programas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH	k. _____	k. _____
l. Programas para la administración de inyecciones seguras en los establecimientos de salud	l. _____	l. _____
m. Otros: (sírvanse especificar)	m. _____	m. _____

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos en la aplicación de programas de prevención del VIH ?										
2005	Deficientes									Correctos
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2003	Deficientes									Correctos
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:										

<sup>12</sup> Sírvanse definir.

#### IV. Atención y apoyo

##### 1. De las actividades siguientes, ¿cuáles están ya en marcha dentro de los programas de atención y tratamiento del VIH y el SIDA?

	2003	2005
a. Pruebas de detección del VIH para la transfusión de sangre	a. _____	a. _____
b. Precauciones universales	b. _____	b. _____
c. Tratamiento de las infecciones oportunistas (IO)	c. _____	c. _____
d. Terapia antirretrovírica (TAR)	d. _____	d. _____
e. Atención nutricional	e. _____	e. _____
f. Atención de infecciones de transmisión sexual	f. _____	f. _____
g. Servicios de planificación familiar	g. _____	g. _____
h. Apoyo psicosocial para las personas que viven con la infección por el VIH y sus familias	h. _____	h. _____
i. Atención domiciliaria	i. _____	i. _____
j. Atención y tratamiento paliativos de infecciones comunes relacionadas con el VIH: neumonía, candidiasis bucal, candidiasis vaginal y TB pulmonar (DOTS)	j. _____	j. _____
k. Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	k. _____	k. _____
l. Profilaxis posexposición (por ej., exposiciones ocupacionales al VIH, violación)	l. _____	l. _____
m. Otros: (sírvanse especificar)	m. _____	m. _____

##### En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos del programa de atención y tratamiento del VIH y el SIDA?

2005	Deficientes									Correctos	
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2003	Deficientes									Correctos	
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:

##### 2. ¿Tiene establecida su país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales de los huérfanos y otros niños vulnerables respecto al VIH y SIDA?

Sí	No	N/C
----	----	-----

2.1 De las actividades siguientes, ¿cuáles se han puesto en marcha dentro de los programas para huérfanos y otros niños vulnerables?

	2003	2005
Pago de la matrícula escolar para los huérfanos y otros niños vulnerables		
Programas comunitarios		
Otros: (sírvanse especificar)		

**Comentarios:**

<b>En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos por satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables?</b>										
2005	Deficientes							Correctos		
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2003	Deficientes							Correctos		
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Si hay diferencia entre la calificación de 2003 y la de 2005, sírvanse indicar las principales razones que la explican:</i>										