

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL

DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA

HUMANA/SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA

ADQUIRIDA (VIH/SIDA) Y DE

LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

MINISTERIO DE SALUD

PANELISTAS:

María Inés Romero S. (COORDINADORA)

Irma Palma M.

Christian Belmar C.

AGOSTO 2010

NOMBRE PROGRAMA:	Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
AÑO DE INICIO:	1990
MINISTERIO RESPONSABLE:	Ministerio de Salud
SERVICIO RESPONSABLE:	Subsecretaría de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales Organismos Autónomos del Ministerio de Salud: Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública, Central Nacional de Abastecimiento, Superintendencia de Salud.
EJECUTIVO RESPONSABLE:	Departamento Comisión Nacional del SIDA Dr. Aníbal Hurtado

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2006-2009

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2010: \$18.945 millones

1. Descripción General y Objetivos del Programa

El Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se enfoca en la prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, condiciones que comparten sus mecanismos de transmisión y prevención, aunque su etiología, gravedad y pronóstico son diferentes, dado que la primera requiere tratamiento de por vida por no existir terapias curativas, las que sí están disponibles para la mayoría de las infecciones de transmisión sexual.

El problema que dio origen y justificación al programa fue la aparición en el mundo, a mediados de los 70 y comienzos de los años 80¹, de una nueva enfermedad infecciosa transmisible de origen viral, retrovirus que luego sería denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Las personas viven toda la vida con el virus en su organismo y muchas de ellas no presentan síntomas ni indicios de infección durante varios años, ignorando su condición de vivir con el virus. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es la etapa final de la infección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El programa se creó en 1990² enfocado en VIH y en 1996 se integraron al mismo las ITS³.

La Institución Responsable es el Ministerio de Salud. Participan en el Programa las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, y el Departamento Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), el Departamento de Epidemiología y el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), los tres dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública. Participan también los Organismos Autónomos: Fondo Nacional de Salud (FONASA), Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST), Instituto de Salud Pública (ISP) y Superintendencia de Salud (SIS). Asimismo, participa la red de salud a través de los establecimientos asistenciales donde se realiza la atención a las personas.

El Programa y las áreas que lo componen dependen de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) dependiente, a su vez, de la Subsecretaría de Salud Pública. Es coordinado

¹ Informe mundial sobre la situación del VIH/SIDA, ONUSIDA, 2008

² Decreto Exento N°6, 1990

³ Decreto exento N° 348, 1996

desde la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) por el Coordinador Ejecutivo de la misma. Esta comisión fue creada junto con el nacimiento del programa en 1990.

El programa tiene un ámbito de acción nacional y no tiene plazo de operación, ni se visualiza un horizonte de término.

Fin y Propósito del Programa (Objetivos del Programa)

FIN: Contribuir a mantener y mejorar la salud de la población.

PROPOSITO: Disminuir la transmisión y la morbimortalidad⁴ asociadas al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y a otros agentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Descripción General del Diseño del Programa

Componente 1: “Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.

Promueve la adopción de prácticas preventivas, fundamentalmente de las prácticas sexuales seguras, porque constituyen la principal vía de transmisión, de acuerdo a las políticas de salud vigentes y a los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales. Incluye 5 subcomponentes: campañas de comunicación social educativa, proyectos de prevención del nivel grupal–comunitario, consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA), disponibilidad de condones⁵ y capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS.

Componente 2: “Atención integral⁶ para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada”.

Brinda atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS; atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH) y Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual, constituyendo cada uno de estos servicios los subcomponentes 1, 2 y 3. La atención se realiza en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente. Complementariamente, incluye la capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS a equipos de salud encargados de la detección y diagnóstico, y de atención clínica e integral (subcomponente 4). En la atención integral del VIH/SIDA, el tratamiento está garantizado desde 2005 a través de su incorporación a las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Componente 3: “Vigilancia Epidemiológica y Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda”.

Provee información epidemiológica y desarrolla estudios para apoyar decisiones con base en evidencias socioculturales, epidemiológicas, económicas y clínicas del VIH/SIDA y las ITS. Se organiza en dos subcomponentes: Seguimiento epidemiológico del VIH/SIDA; y Estudios en VIH/SIDA e ITS.

Componente 4:“Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida”.

Se orienta a generar una respuesta ante el VIH/SIDA e ITS con alta participación y asociatividad entre el Estado y la sociedad civil, que considera la colaboración de otros sectores y organismos del Estado, y que establece relaciones internacionales y compromisos, y la cooperación técnica global y regional. El Programa establece alianza estratégica con Organizaciones no Gubernamentales, asociaciones de PVVIH, organizaciones comunitarias, movimientos de la sociedad civil, centros académicos y sociedades

⁴ Morbimortalidad: incluye la morbilidad que se refiere a los enfermos o casos y la mortalidad que se refiere a las muertes por VIH/SIDA e ITS.

⁵ Como apoyo a la decisión preventiva de la transmisión sexual del VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública de salud y para la promoción social de su uso en población destinataria de las acciones y proyectos de prevención desarrollados desde las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

⁶ Considera visión integral biopsicosocial del ser humano e incorpora los avances de la investigación científica para dar respuesta a los requerimientos asociados a la calidad de vida.

científicas, que es llevada adelante mediante una definición de instancias de coordinación y gestión de nivel nacional y regional. La estrategia de intersectorialidad se organiza como una relación de colaboración bilateral entre el Ministerio de Salud, a través de CONASIDA, y otros sectores y organismos del Estado, estableciendo áreas de colaboración transversal y coordinación, utilizando los mecanismos de convenios marco y acuerdos de trabajo. Las relaciones internacionales y la cooperación técnica global y regional se realizan principalmente en el marco del Grupo Temático de ONUSIDA (GTO), formado por las Agencias de Naciones Unidas con presencia en el país, que prestan asistencia técnica a los diversos actores del Programa.⁷

El Programa cuenta con criterios de focalización de los grupos y personas que participan de los procesos a partir de los antecedentes epidemiológicos y los conceptos de vulnerabilidad y la gestión de riesgo, organizados en lo que se denomina el enfoque de vulnerabilidad al VIH y las ITS. Este enfoque sostiene que una persona o un grupo de personas pueden tener una vulnerabilidad condicionada por una o más de estas dimensiones, que constituye un proceso dinámico que se modifica en el tiempo (según la evolución de las condiciones de vida de las personas y cambios socioculturales en su entorno), que todas las personas pueden tener algún grado de vulnerabilidad, y que, sin embargo, existen grupos sociales que presentan una mayor concentración de factores de vulnerabilidad, haciendo más urgente y prioritario su abordaje desde las estrategias de prevención.

Distingue dos categorías poblacionales: la población vulnerable prioritaria (PVP) y la población vulnerable emergente. La primera se constituye a partir de la aplicación de criterios epidemiológicos y comportamentales, en especial respecto del tipo de prácticas sexuales, de los contextos en que se producen tales prácticas, de variación de parejas sexuales y todo esto en relación con niveles y condiciones de prácticas preventivas asociadas a éstas. La última, a partir de criterios epidemiológicos y de carácter sociocultural, es decir de aquellas condiciones contextuales en que la interrelación de factores de diversa índole --individuales, sociales, económicos y políticos-- facilitan o dificultan la exposición al riesgo de una infección.

El programa utiliza este enfoque en la definición de sus poblaciones. Utiliza la categoría de población vulnerable prioritaria en la definición de personas y grupos que presentan más altas prevalencias del VIH y caracterizaciones epidemiológicas específicas y cuyos comportamientos sexuales se encuentran conectados a éstas. Asimismo, utiliza la categoría de emergente para la definición de poblaciones que se constituyen en vulnerables a partir de atributos asociados a condiciones menos específicas que las prioritarias.

Población Objetivo y Beneficiarios Efectivos

Las poblaciones se cuantifican según componentes y subcomponentes para los componentes 1 y 2, estrategias de prevención y atención integral. Los componentes 3 y 4, vigilancia epidemiológica y estudios y cooperación con otras instituciones constituyen actividades de apoyo fundamentales para el desarrollo del programa y para su seguimiento pero, por su naturaleza, no tienen población objetivo.

**CUADRO 1
POBLACIÓN OBJETIVO Y NÚMERO DE BENEFICIARIOS EFECTIVOS COMPONENTE 1**

	Descripción de la población	2006	2007	2008	2009
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.					
1.1.Campañas de Comunicación Social Educativa realizada	Población objetivo de la campañas de comunicación social ⁸	1.190.690	1.200.510	2.910.276	1.861.500

⁷ Los principales compromisos internacionales son: Metas de Desarrollo del Milenio, Compromisos UNGASS, Primera Reunión de Ministros de +-

⁸ Las poblaciones se determinan de acuerdo al objetivo de la campaña anual que se establece según diagnóstico de necesidades educativas.

	Número de beneficiarios efectivos	975.175	1.081.660	2.910.276	1.304.911
1.2. Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS	Población Vulnerable Prioritaria: HSH ⁹ , personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH).	136.587	136.505	159.616	141.284
	Número de beneficiarios efectivos	31.527	8.675	28.879	2.838
	Población Vulnerable Emergente: jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores. ¹⁰	5.873.345	5.994.701	6.290.537	6.491.007
	Número de beneficiarios efectivos	44.205	48.752	10.332	15.132
1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes	Población Vulnerable Emergente: jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores. ¹¹	5.873.345	5.994.701	6.290.537	6.491.007
	Número de beneficiarios efectivos	126.285	185.214	190.311	222.675
	Nº llamadas anuales atendidas por FONOSIDA año t 12 horas oper diarias *5 llamadas hora *5 días * 50 semanas ¹²	15.000	15.000	15.000	15.000
	Número de beneficiarios efectivos	5.893	10.890	8.383	11.139
1.4. Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública desarrollada	Personas que viven con VIH en control en establecimientos de la red de salud pública	10.901	11.848	12.681	14.196
	Número de beneficiarios efectivos	10.901	11.848	12.681	14.196
	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	13.288	10.006	9.097	9.085
	Número de beneficiarios efectivos	13.288	10.006	9.097	9.085
	Consultantes de ITS	15.974	14.929	15.425	16.121
	Número de beneficiarios efectivos	15.974	14.929	15.425	16.121
	Población vulnerable focalizada Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con Poblaciones vulnerables (HSH, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y PVVIH). Jóvenes INJUV, Universidades y otros Centros de formación ONGs y otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS	2.834.914	2.898.860	3.081.618	3.199.443
	Número de beneficiarios efectivos	109.563	241.779	235.968	171.883
1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA	53	53	74	74
	Número de beneficiarios efectivos	222	179	15	65
	Profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/,municipal	142	142	162	162
	Número de beneficiarios efectivos	409	428	352	87
	Personas de organizaciones de la sociedad civil (Personas viviendo con VIH, HSH, trabajadores sexuales) y personas privadas de libertad ¹³	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
	Número de beneficiarios efectivos	4.391	418	0	0

Fuente: CONASIDA

⁹ Hombres que tienen sexo con hombres.

¹⁰ Para la cuantificación de la población vulnerable emergente se consideró a la población beneficiaria del sector público de salud entre 15 y 49 años de edad.

¹¹ Para la cuantificación de la población vulnerable emergente se consideró a la población beneficiaria del sector público de salud entre 15 y 49 años de edad.

¹² Si bien las llamadas no son población, representan el mejor estimador factible de aplicar

¹³ No se dispone del dato que representa la suma de estas poblaciones.

CUADRO 2
POBLACIÓN OBJETIVO Y NÚMERO DE BENEFICIARIOS EFECTIVOS COMPONENTE 2

	Descripción de la población	2006	2007	2008	2009
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada					
2.1. Atención integral para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	13.288	10.006	9.097	9.085
	Número de beneficiarios efectivos	13.288	10.006	9.097	9.085
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección VIH y sífilis)	175.784	196.033	202.729	200.958
	Número de beneficiarios efectivos	175.784	196.033	202.729	200.958
	Donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH)	Sin información	242.706	254.464	289.047
	Número de beneficiarios efectivos	Sin información	242.706	254.464	289.047
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	Personas que viven con VIH en control activo (Personas que viven con VIH en control activo sin tratamiento ARV ¹⁴ y personas que viven con VIH en control activo con tratamiento ARV ¹⁵)	10.901	11.848	12.681	14.196
	Número de beneficiarios efectivos	10.901	11.848	12.681	14.196
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa	Consultantes de ITS atendidos por especialista nivel secundario	15.974	14.929	15.425	16.121
	Número de beneficiarios efectivos	15.974	14.929	15.425	16.121
2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizada	Servicios de Salud ¹⁶	28	28	29	29
	Número de beneficiarios efectivos	36	82	0	147
	Profesionales de Equipos de Atención de VIH	56	56	56	58
	Número de beneficiarios efectivos	1.093	972	0	680
	Profesionales de Equipos de Atención de ITS	56	56	56	58
	Número de beneficiarios efectivos	31	26	130	1.021

Fuente: CONASIDA

2. Resultados de la Evaluación

Diseño

La epidemia del VIH en Chile es de tipo “concentrado”, afectando principalmente a grupos definidos e identificables que son los hombres homo y bisexuales (hombres que tienen sexo con hombres, HSH) y los/las trabajadores sexuales, siendo el mecanismo de transmisión la vía sexual en el 95% de los casos.

¹⁴ Atención Integral PVVIH SIN ARV: N° de personas controladas por médico y matrona/enfermera que recibe atención integral en promedio 3 veces al año, lo que incluye: consejería, consulta especialista, condones, exámenes de monitoreo.

¹⁵ Atención Integral PVVIH con ARV: N° PVVIH controladas por médico y matrona/enfermera que recibe atención integral en promedio 6 veces al año por cada uno la que incluye: consejería, consulta especialista, tratamiento medicamentos, condones, exámenes de monitoreo y medicamentos para infecciones oportunistas

¹⁶ Al menos un profesional por Servicio de Salud.

El diseño del Programa responde bien a la característica de “epidemia concentrada” y la definición de los niveles grupales e individuales en la estrategia de prevención, y la focalización en poblaciones vulnerables prioritarias ha sido eficaz hasta ahora para que la epidemia no avance sino muy lentamente a la población general.

El primer componente responde a las acciones de prevención primaria que se realizan en individuos y poblaciones “sanas”, (período prepatogénico) para mantenerlas sanas, fortaleciendo los factores de protección y evitando o reduciendo los efectos de los factores de riesgo. El objetivo es “prevenir” la aparición de las enfermedades y las actividades definidas por el programa son las que corresponden para el objetivo.

El segundo componente responde a acciones de diagnóstico y tratamiento (prevención secundaria) en personas que han adquirido el agente causal (período patogénico). Las actividades de diagnóstico (test de pesquisa Elisa y de confirmación diagnóstica para VIH y para sífilis (a través de su prueba diagnóstica, el VDRL) y tratamiento de VIH/SIDA (fundamentalmente antirretrovirales, ARV) y las ITS (fundamentalmente antibióticos) son las que corresponde hacer. La diferencia entre VIH/SIDA y las ITS se manifiesta en que para el VIH/SIDA el tratamiento no es curativo y debe mantenerse de por vida en tanto para las ITS el tratamiento es curativo y permite a las personas volver a su condición de sano/a.

Los subcomponentes de capacitación y asesoría técnica están enfocados a mantener actualizado el conocimiento y las competencias técnicas en VIH/SIDA e ITS, tanto en prevención como en el ámbito clínico de la atención a nivel de las instituciones, lo cual es necesario, pertinente y adecuado para asegurar la calidad de los procesos involucrados.

Los componentes de prevención y atención integral, fundamentales por cuanto son los que llegan a la población se sustentan en el conocimiento de la situación, aportado por la vigilancia epidemiológica y los estudios (componente 3) y se apoyan en la cooperación con organizaciones del Estado, de la sociedad civil y organismos internacionales (componente 4).

En resumen, el Programa está destinado a **disminuir la trasmisión y la morbilidad** por VIH/SIDA e ITS. Con respecto a **VIH/SIDA**, enfermedad mortal, sus dos componentes principales contribuyen y se potencian mutuamente para conseguir sus objetivos. La estrategia de **prevención** considera que se enfrenta una condición que tiene factores biológicos y socio-comportamentales en su génesis y se fundamenta (dado que no hay vacunas), en los elementos básicos para ello: la abstinencia, la pareja sexual única y exclusiva, y el uso del preservativo, apoyados en educación individual, grupal y masiva. El **tratamiento** se sustenta en el uso de terapia antirretroviral consiguiéndose con ello controlar el nivel de inmunodeficiencia, mantener y mejorar la calidad de vida, disminuir la aparición de enfermedades oportunistas y aumentar la sobrevida. En este contexto de potenciación, el tratamiento antrirretroviral efectivo mantiene controlada la carga viral, lo que a su vez disminuye el nivel de transmisibilidad del virus desde las personas infectadas a sus contactos sexuales, contribuyendo así a la prevención. En la embrazada VIH positiva, el tratamiento, contribuye a la disminución de la transmisión vertical.

La lógica vertical de la Matriz de Marco Lógico (MML) en que se representa el diseño del Programa está bien estructurada, concatenando actividades que permiten producir los componentes los que siendo los necesarios y suficientes, permiten el logro del propósito y contribuyen al logro del fin.

En la lógica horizontal de la MML, el programa ha desarrollado una gran cantidad de indicadores, relevantes y factibles, para los cuales existen medios de verificación objetivos, con dimensión temporal, lo que permite construir una mirada evolutiva del programa.

Los indicadores a nivel de propósito son pertinentes, suficientes y necesarios y dan cuenta de la morbilidad y de la mortalidad asociadas al VIH/SIDA, la sífilis y la gonorrea, así como de la transmisión en la que media el conocimiento sobre sus mecanismos y el uso de medios eficaces de prevención (preservativo).

Organización y Gestión

La estructura organizacional del Programa se caracteriza por ser fragmentada, no vinculada a una única institución y sin mecanismos de coordinación permanentes. Participan directamente en el programa las dos Subsecretarías, cada una a través de instituciones de su dependencia, y los Organismos Autónomos. La Subsecretaría de Salud Pública trabaja con una lógica de “programas” que se definen por grupos específicos de población objetivo (niño, adolescente, mujer, adulto mayor) o por daños/condiciones que se busca controlar (infecciones respiratorias infantiles, infecciones respiratorias del adulto, salud bucal, tuberculosis). La Subsecretaría de Redes Asistenciales, en cambio, funciona bajo la lógica de servicios. Cada institución responde a las acciones y tareas subyacentes en sus áreas y tiene una asignación de responsabilidades y funciones especificadas en cada uno de sus componentes y subcomponentes, así como dentro de las áreas funcionales. Lo anterior representa dificultades por cuanto no existe una sola unidad ejecutora. El Programa no cuenta con un Jefe de Programa. Es coordinado desde la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) por el “Coordinador Ejecutivo” de la misma que tiene escasas atribuciones para convocar a todos los organismos del Ministerio de Salud que son parte del programa para planificar en conjunto y priorizar las acciones año a año. No tiene autoridad frente a situaciones críticas ni para influir la gestión de las otras instituciones que son parte del Programa.

La estructura de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) es vertical, con áreas funcionales (de prevención, de atención integral, de estudios y área de infecciones de transmisión sexual) que dan cuenta del quehacer del programa en sí mismo. Estas áreas reflejan de forma precisa los temas y productos que se llevan a cabo dentro de CONASIDA y se aprecia consistencia con las necesidades de diseño e implementación de políticas. Otra característica de la estructura es que tiene una conceptualización clara de objetivos, deberes y responsabilidades en las áreas funcionales definidas, las que están expresadas en la descripción de los procesos de producción de componentes, donde se aprecia que las responsabilidades están claramente delimitadas. CONASIDA tiene una responsabilidad principal prácticamente en todas las acciones que conlleva el Programa, incluso en la compra de TARV para la atención de pacientes que se realiza en los establecimientos de la red asistencial, lo que responde a su evolución histórica, pero que podría ser descentralizada a nivel de los Servicios de Salud en cuya red se realiza la atención de las personas.

El Programa desarrolla actividades de **coordinación intersectorial**, basada en el mandato de la Ley de SIDA que establece¹⁷: “El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia. Estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional, con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población, y en especial para aquellos de mayor vulnerabilidad”. La intersectorialidad se organiza como una relación de colaboración bilateral entre el Ministerio de Salud, a través de CONASIDA, y otros sectores y organismos del Estado, utilizando los mecanismos de convenios marco y acuerdos de trabajo, aunque no se cuenta con instancias de coordinación y/o conducción multisectoriales formales.

Los convenios marco y acuerdos de trabajo son de diversa naturaleza, nivel y extensión. Con el Ministerio de Justicia, a través de Gendarmería¹⁸; con el Instituto Nacional de la Juventud¹⁹; con el Servicio Nacional de la Mujer²⁰ y con el Ministerio de Educación²¹. En el periodo evaluado estas relaciones de colaboración han sido reducidas y de escaso alcance (4), continuando un desarrollo limitado anterior al periodo, lo que

¹⁷ Artículo 2 de la Ley de SIDA N° 19.779

¹⁸ Convenio de colaboración nacional para promover la prevención en poblaciones privadas de libertad, universalmente consideradas de alto riesgo de infección por VIH e ITS, que incluye la provisión sistemática de condones (iniciado en 2001 y renovado en 2007).

¹⁹ Plan de trabajo colaborativo para el diseño de políticas de prevención destinada a jóvenes, (contempla entrega de información y distribución de condones en Infocentros con el propósito de educar sobre su uso correcto, iniciado en 2007).

²⁰ Convenio marco para desarrollar líneas de intervención dirigidas a mujeres y acuerdos de trabajo en prevención del VIH en las regiones.

²¹ Mesa Intramínisterial MINEDUC, JUNAEB y MINSAL a través de un plan orientado a mejorar el nivel de aprendizaje, promover estilos de vida saludables, y prevenir enfermedades de niños/as y adolescentes escolares con perspectiva de equidad. Asimismo, en el periodo se desarrolló un proyecto financiado por la agencia GTZ, entre CONASIDA y la Secretaría Técnica de Sexualidad, Afectividad y Género del MINEDUC, cuyo propósito fue incorporar la Prevención del VIH/SIDA y las ITS en el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad, 2005-2010.

se atribuye (al igual que las bajas coberturas alcanzadas en la población vulnerable emergente) al modo como ha sido concebida y llevada adelante la intersectorialidad, en la cual el Estado no ha asignado responsabilidades y funciones específicas a otros sectores que tienen una relación directa con poblaciones vulnerables específicas. Tal es el caso del MINEDUC respecto de jóvenes y del Ministerio del Trabajo respecto de los trabajadores ya que llegar a sus poblaciones está fuera del alcance del MINSAL y requiere de la acción multisectorial y de la inclusión de otros sectores del Estado que pueden implementar acciones vinculadas a niveles de intervención de la estrategia de prevención, y/o pueden contribuir a mitigar impactos de la epidemia del VIH/SIDA y las ITS. Alcanzar educativamente a las poblaciones vulnerables emergentes es fundamental, pues la adopción de prácticas preventivas por su parte situaría la detención de la expansión de la epidemia del VIH/SIDA en una capacidad preventiva del conjunto de la sociedad, más ampliamente que las poblaciones vulnerables prioritarias.

En el desarrollo de la cooperación y relaciones internacionales en VIH/SIDA, el Programa ha mantenido una línea de trabajo permanente, con reconocimiento positivo del Programa y de CONASIDA por los organismos internacionales, como Organización Mundial y Panamericana de la Salud (OMS/OPS), Organización de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otros. El Programa ha sido un referente para otros países en América Latina y el Caribe y sus coordinadores han sido llamados como expertos a numerosos eventos internacionales, lo cual es positivo.

El trabajo coordinado por CONASIDA con diversas organizaciones de la sociedad civil se ha debilitado en 2008 y 2009 reflejado, entre otros, en disminución de proyectos de prevención con poblaciones vulnerables y disminución de la presencia de las asociaciones de PPVIH en las actividades de cooperación. El proyecto "Fondo Global"²² (julio 2003 a junio 2008) profundizó la participación de la sociedad civil en el diseño e implementación de actividades, especialmente en el componente de prevención, entre ellas las campañas de comunicación social educativa (a nivel social y regional) y la consejería cara a cara y, también, en el tercer componente realización de estudios. Esta disminución constituye una situación negativa, dado que los expertos señalan la importancia del apoyo entre pares (presente en la consejería) y dada la necesidad de mantener estudios que detecten los cambios que se produzcan en la sociedad y que orienten las características que deba tener el programa. El apoyo financiero del Fondo Global mencionado no ha sido asumido al término de éste por el presupuesto del Programa, por lo que no se ha dado continuidad a estas acciones de participación ciudadana.

Los criterios de focalización de los grupos y personas que participan de los procesos a partir de los antecedentes epidemiológicos y los conceptos de vulnerabilidad y gestión de riesgo, se consideran pertinentes porque han permitido focalizar las acciones y la utilización de la mayor parte de los recursos en aquellos grupos y personas más vulnerables. Asimismo, la definición conceptual del enfoque de género se aplica operacionalmente en los componentes.

El Programa realiza un esfuerzo permanente por la generación, procesamiento y utilización de la información para la toma de decisiones, lo cual se valora positivamente ya que constituye un elemento importante para la gestión. Sin embargo, un área factible de mejorar en este sentido se refiere a la toma de decisiones del seguro público (FONASA), donde la información actual no es suficiente para llevar un adecuado seguimiento y control del flujo de recursos por concepto de atenciones y tratamiento por beneficiario por parte FONASA. Ya que el actual sistema de información, Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) está básicamente orientado al monitoreo del cumplimiento de las garantías explícitas. Y a pesar de que el tratamiento y monitoreo de exámenes está garantizado, no se registran en este sistema las atenciones otorgadas y por tanto no se lleva un registro centralizado nominado de las atenciones y, del mismo modo, los consumos o recetas despachadas no son registradas por parte de las unidades de farmacias, básicamente porque el SIGGES no fue concebido

²² Proyecto "Aceleración y profundización de la respuesta nacional intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile" desarrollado con financiamiento del Fondo Global de Lucha contra la el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

para estos efectos²³. A nivel local las atenciones otorgadas se registran en fichas clínicas, unidades de farmacias y otros registros del establecimiento, de uso restringido al nivel local.

Lo anterior, evidencia una limitación del sistema. La única información disponible y nominada es la relacionada con los exámenes de carga viral (compra directa FONASA), genotipos y linfocitos (CD4) cuyo financiamiento es contra reportes de exámenes nominados, pagándose solo los exámenes realizados a beneficiarios de FONASA, debidamente registrados y validados. Para las atenciones que no son garantizadas, no se cuenta con un registro nominado de las atenciones otorgadas por concepto de tratamiento de enfermedades oportunistas, aunque a nivel local (establecimiento) las atenciones otorgadas se registran en documentos ad hoc.

Un desafío para la gestión del programa lo constituyó la llamada “crisis de notificaciones” en el Servicio de Salud Iquique, de alta connotación mediática, que determinó la realización de una evaluación que mostró que personas que se habían realizado los exámenes de VIH no habían sido informadas de su situación serológica. Al respecto, el análisis permitió distinguir dos situaciones: la primera asociada a la información a las personas de su situación serológica (relacionada con el proceso de atención clínica) y la segunda asociada a la notificación de casos al sistema de vigilancia epidemiológica (relacionada con el proceso de vigilancia epidemiológica). A partir de los resultados de la evaluación se tomaron medidas para mejorar la oportunidad del proceso de información de su situación serológica a las personas y también para mejorar la notificación. Las medidas implementadas consistieron en la revisión de los puntos críticos de los procesos de atención clínica y vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles de acción del programa y en acciones de refuerzo para el cumplimiento de dichos procesos, todos los cuales se consolidaron y estandarizaron en el “Manual de Procedimientos para la Detección y el Diagnóstico de la Infección por VIH”. Luego de las medidas implementadas se llegó a determinar que el 97% de las personas con test VIH positivo confirmadas por el ISP estaba informada de su situación serológica y el 63,5% de las personas informadas en los establecimientos públicos²⁴ de salud y el 41% de las informadas en establecimientos privados²⁵ han sido ingresadas al sistema de vigilancia epidemiológica.

A la luz del análisis realizado, la responsabilidad es compartida entre el sistema de salud y las personas. Las personas que acuden a tomarse el examen y lo consienten informadamente deberían asumir la responsabilidad de obtener y conocer oportunamente sus resultados, a objeto de acceder a los servicios disponibles para su atención y tratamiento, hoy garantizados (la legislación vigente se basa en la libertad y voluntad de las personas para conocer el resultado y para acudir a tratamiento). A su vez, desde la perspectiva del sistema de salud, el profesional que atiende a las personas debe responsabilizarse conjuntamente de la atención clínica y de la notificación en formulario ad hoc. Los porcentajes de notificación al sistema de vigilancia epidemiológica no son satisfactorios, aunque son semejantes a los porcentajes de notificación de las otras condiciones sujetas a notificación obligatoria, tanto en Chile como en otros países de América.²⁶

Eficacia y Calidad

El programa ha tenido hitos importantes en las acciones que han contribuido de manera significativa a la evolución favorable de sus indicadores. Destaca entre ellos la incorporación de las terapias antirretrovirales y la incorporación del VIH/SIDA al grupo de enfermedades con garantías explícitas en salud, GES, con garantía de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera (2005). Asimismo, destaca la pesquisa de VIH y sífilis en la embarazada que se acompaña de una tendencia a la estabilización de la transmisión vertical y no al incremento de ésta.

²³ FONASA sólo dispone de información sobre las distribuciones de fármacos efectuadas por las compañías farmacéuticas a los establecimientos públicos, a través de un informe de facturación que mensualmente envía CENABAST a FONASA, con el detalle de fármacos (nombre y cantidad, entre otros datos).

²⁴ II Informe Nacional Estado de Situación de casos confirmados VIH/SIDA originados en establecimientos públicos 2004-2008.

²⁵ Informe Nacional Estado de Situación de casos confirmados VIH/SIDA originados en establecimientos privados 2004-2008.

²⁶ Las Condiciones de Salud de las Américas. OPS/OMS

CUADRO 3
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DEL PROPÓSITO

INDICADOR ²⁷	AÑO			
	2006	2007	2008	2009
Incidencia anual del VIH EFICACIA, IMPACTO	4,7	4,3	5,2	7,2
Incidencia anual de SIDA EFICACIA, IMPACTO	2,5	3,6	4,2	5,1
Incidencia anual de Sífilis EFICACIA, IMPACTO	18,2	17,9	18,6	19,6
Incidencia anual de Gonorrea EFICACIA, IMPACTO	7,9	7,6	6,1	6,3
Mortalidad por SIDA	2,6	2,4	2,3	No disponible ²⁸
Tasa de Sífilis congénita EFICACIA, IMPACTO	0,22	0,29	0,30	No disponible ²⁹
Tasa de transmisión vertical VIH-SIDA EFICACIA, IMPACTO	2,5	3,5	2,6	4,0
Sobrevida de PVVIH a 36 meses de TARV EFICACIA, IMPACTO	85% (Línea base 2005) ³⁰	91,2%	90,9%	No medido
Porcentaje de la población encuestada con conocimiento adecuado ³¹ del VIH/SIDA	No medido	57,9%	No medido	82,1%
Porcentaje de uso del condón en la iniciación sexual ³² EFICACIA, IMPACTO	46,1%	No medido	No medido	49,1%

Fuente: CONASIDA

En el periodo se observa un incremento de 32% en las incidencias de VIH, y de 48% en SIDA. Estos incrementos podrían deberse a un aumento real de la incidencia y/o a un incremento en la detección y/o a un aumento en el registro. Respecto del VIH, el análisis del período permite atribuir el aumento observado durante los años 2008 y 2009 a un aumento de las notificaciones epidemiológicas producto de la “crisis de información serológica”, debido a que los servicios de salud hicieron un esfuerzo adicional para ubicar a las personas, comunicarles su resultado e incorporarlos a control, así como notificar aquellos pacientes que estando en control no habían sido notificados al sistema de vigilancia epidemiológica. Como consecuencia se corrigió en parte la sub-notificación. Respecto del SIDA a partir del año 2007 se introdujo un cambio en la definición de caso, de modo que personas que con la definición usada hasta el año 2006 eran clasificadas como VIH, desde el 2007 se incluyen en la tipificación de SIDA (basado en la cuantificación de CD4). Este cambio se expresa a partir de ese mismo año (2007) y explica –por el cambio en el criterio de definición– el ascenso existente entre 2006 y 2007.

La incidencia anual de sífilis se mantiene constante, en tanto la incidencia anual de gonorrea presenta un descenso de 24%. A pesar de no observarse en el periodo una disminución en la primera, epidemiológicamente el hecho que no aumenten es positivo, y que se espera se consoliden como tendencias a la baja (como sucede con la gonorrea) o a su mantención (como sucede con la sífilis).

La mortalidad por SIDA presenta un descenso en los 2 años del período evaluado con información disponible³³, confirmando una tendencia iniciada el año 2001 y atribuible al uso de TARV. Destaca, asimismo, el incremento de la sobrevida a 36 meses de los pacientes en TARV, desde 85% en el año 2006 a 91% en la actualidad, también atribuible al uso de TARV.

²⁷ Tasas de incidencia y de mortalidad expresadas por 100.000 habitantes

²⁸ La fuente de información oficial del MINSAL es el DEIS. Los datos de mortalidad tienen una latencia de 18 a 24 meses y esta cifra no está disponible al cierre de este informe.

²⁹ Información no disponible por latencia del sistema

³⁰ Informes Evaluación Estudio Impacto de TARV, años 2006, 2007 y 2008, que entrega proporciones sin detallar números absolutos

³¹ Conocimiento adecuado se define como: el porcentaje de población (general o específica que se haya definido) que identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y rechaza las ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

³² Corresponde a un estudio poblacional, realizado en jóvenes de 15 a 29 años. El diseño asegura representatividad a través de muestreo estratificado y polietápico por región, con distribución al azar de todas las otras variables de segmentación de la muestra y con distribución de residencia (urbano/rural) proporcional al interior de cada región

³³ La información sobre mortalidad para todas las causas en el país sólo está disponible hasta 2007, reflejando la latencia habitual en la disponibilidad de este tipo de datos bio-demográficos.

La tasa de transmisión vertical VIH/SIDA presenta un descenso de 0,9 puntos porcentuales entre el año 2007 y 2008, y un incremento en 2009 de 1,4 puntos porcentuales, variaciones que por sus características clínico-epidemiológicas no son significativas. Estos valores se asocian a la oferta de examen de detección del VIH y a su aceptación por las embarazadas a hacerlo, de acuerdo al protocolo de prevención de la transmisión vertical a la embarazada VIH positiva.

La tasa de sífilis congénita se mantiene bajo 0,5 que es la meta fijada en los objetivos del milenio, que Chile ha hecho propios.

En el periodo, el nivel de conocimiento adecuado sobre el VIH/SIDA en la población entre 15 y 24 años ha experimentado un aumento de 57,9% en 2006 a 82,1% en 2009), lo que constituye un incremento de 41,7%. Esto expresa un avance importante en uno de los elementos que constituye la base de cualquier estrategia de prevención y de la no discriminación.

El uso del condón experimenta un 6,5% de incremento en la población considerada en el indicador establecido. Se produce un aumento en el período de 46,1% en 2006 a 49,1% en 2009 en su uso en la primera relación sexual en población entre 15 y 24 años. El indicador definido en materia de uso de preservativos en la iniciación sexual ha tenido una evaluación positiva, reconocida por los organismos técnicos internacionales (UNGASS, ODM). No obstante, por una parte, su forma de medición no expresa las brechas de género, socioeconómicas y etarias que prevalecen en la sociedad chilena en materia de prevención. Por otra parte, dado que no se sitúa en un horizonte temporal más amplio, no es posible juzgar el ritmo del avance realizado en el periodo,

Desde la perspectiva de salud pública no es aconsejable esperar grandes cambios en indicadores globales, (como los que se muestran en el cuadro) en períodos cortos, en general inferiores a cinco años, ya que estos tienen latencia en producirse, hecho que se tiene presente en el análisis mostrado. Sin embargo, en el periodo de cuatro años los indicadores expresan un avance importante en el cumplimiento del propósito. Son especialmente positivos el aumento de la sobrevida de las personas en tratamiento por VIH/SIDA y el nivel de conocimientos alcanzado sobre VIH/SIDA.

CUADRO 4
PORCENTAJE DE COBERTURA EN RELACIÓN A POBLACIÓN OBJETIVO
SEGÚN COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES
PROGRAMA VIH/SIDA E ITS
AÑOS 2006-2009

Componente y Subcomponente	Descripción de la población	PORCENTAJE DE COBERTURA EN RELACIÓN A POBLACIÓN OBJETIVO			
		2.006	2.007	2.008	2.009
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.					
1.1.Campañas de Comunicación Social Educativa realizada	Población objetivo de la campañas de comunicación social	81,9	90,1	75,5	70,1
1.2.Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS	Población Vulnerable Prioritaria (HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas viviendo con VIH/SIDA)	23,1	6,4	18,1	2,0
	Población Vulnerable Emergente: jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores.	0,8	0,8	0,2	0,2

Componente y Subcomponente	Descripción de la población	PORCENTAJE DE COBERTURA EN RELACIÓN A POBLACIÓN OBJETIVO			
		2.006	2.007	2.008	2.009
1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes	Nº Consejerías realizadas a beneficiarios del sector de salud público entre 15 y 49 años en red de establecimientos de los Servicios de Salud año t	2,1	3,1	3,0	3,4
	Nº Llamadas anuales atendidas por FONOSIDA año t 12 horas op diarias * 5 llamadas hora * 5 días * 50 semanas:	39,3	7,3	55,9	74,3
1.4. Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública desarrollada	Personas que viven con VIH en control en establecimientos de la red de salud pública	100	100	100	100
	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	100	100	100	100
	Consultantes de ITS	100	100	100	100
	Población vulnerable focalizada Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con Poblaciones vulnerables (HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y PVVIH). Jóvenes INJUV, Universidades y otros Centros de formación ONGs y otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS	3,9	8,3	7,7	5,4
1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA	418	338	20	87,8
	Profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/,municipal	288	301	217	53.7
	Personas de organizaciones de la sociedad civil (Personas viviendo con VIH, HSH, trabajadores sexuales) y personas privadas de libertad	Sin Inform.	Sin Inform.	Sin Inform.	Sin Infprm.
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada					
2.1. Atención integral para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	100	100	100	100
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección sífilis)	100	100	100	100
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección VIH)	100	100	100	100
	Donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH)	Sin inf.	100	100	100
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	Personas que viven con VIH en control activo	100	100	100	100

Componente y Subcomponente	Descripción de la población	PORCENTAJE DE COBERTURA EN RELACIÓN A POBLACIÓN OBJETIVO			
		2.006	2.007	2.008	2.009
	Personas que viven con VIH en control activo sin TARV ³⁴	100	100	100	100
	Personas que viven con VIH están en control activo con tratamiento ARV ³⁵	100	100	100	100
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa	Consultantes de ITS atendidos por especialista nivel secundario	100	100	100	100
2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizada	Servicios de Salud	128	292	0	507
	Profesionales de Equipos de Atención de VIH	1.952	1.736	Sin inf.	1.172
	Profesionales de Equipos de Atención de ITS	55.4	46.4	232	1.760

Fuente: CONASIDA

El análisis de la cobertura muestra, para las campañas de comunicación social educativa, coberturas que varían entre un máximo de 90,1% en 2007 y un mínimo de 70,1% en 2009, valores razonables a pesar de observarse un descenso de 14,4% en el período.

Los proyectos de prevención grupal-comunitaria en población vulnerable prioritaria presentan coberturas insatisfactorias que varían entre 23,1% en 2006 y 2% en 2009, con un descenso de 91,3% en el período. Los mismos, dirigidos a población vulnerable emergente (jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres y trabajadores, cuya población potencial llega a nueve millones aproximadamente), varían entre 0,8% en 2006-2007 y 0,2% en 2008-2009 de cobertura, cifra muy insatisfactoria si se desea mantener controlada la epidemia. Dado que las poblaciones emergentes son de grandes magnitudes y variadas entre sí, alcanzar una más amplia cobertura en las últimas esta fuera de la capacidad de acción de CONASIDA y del MINSAL, y requiere de la acción de otros programas y organismos del Estado que se encuentren, por su naturaleza, próximos a estas poblaciones.

Las consejerías cara a cara tienen baja cobertura (entre 2,1 y 3,4%), cifras insatisfactorias dada la importancia de este subcomponente para el apoyo de las personas a quienes se confirma su condición de VIH positivo en la etapa inicial --para aceptar el diagnóstico-- y luego para mantener la adherencia a las terapias –importante en este punto es la consejería entre pares, ya comentada. La consejería a través de FONOSIDA se incrementa en 89% en el período, lo que se considera satisfactorio

La disponibilidad de condones en el entorno clínico tiene cobertura de 100%. No sucede lo mismo en la disponibilidad de condones asociada a proyectos que tiene coberturas inferiores a 10% en el período, cifra no satisfactoria.

La capacitación y asesoría técnica en prevención a personal de salud tiene coberturas variables, en general superiores a 100%, especialmente en los 2 primeros años en el componente de prevención, lo que se considera adecuado. Sin embargo, no se cuenta con información que permita calcular personas de organizaciones de la sociedad civil alcanzadas con esta actividad.

En el componente de atención integral, subcomponente de detección y diagnóstico se cubre al 100% de la población objetivo, lo que es claramente una fortaleza del programa.

³⁴ Corresponde al 100% de quienes por protocolo no requieren TARV

³⁵ Corresponde al 100% de los pacientes en control que requieren TARV

La cobertura de población alcanzada³⁶ en atención integral a PVVIH es de 100% de población objetivo (personas diagnosticadas o casos), las que ingresan a control de PVVIH y de las cuales --de acuerdo a su situación clínica evaluada según protocolo-- una proporción recibe tratamiento antirretroviral y otra no. Reciben TARV el 100% de quienes lo requieren y no reciben TARV el 100% de quienes no lo necesitan en ese momento. La cobertura en atención en ITS también alcanza al 100% de su población objetivo. Estos valores son una fortaleza del programa.

Con respecto a la capacitación y asesoría técnica en el componente de atención integral, las coberturas son superiores al 100%, (superando largamente las metas de capacitación) lo que se considera positivo por cuanto es una condición necesaria para asegurar una atención de calidad.

El programa ha realizado estudios que han evaluado la satisfacción de PVVIH usuarios del sistema público de salud³⁷. Sus resultados muestran que el nivel de satisfacción global de personas con VIH en control en establecimientos del sistema público de salud alcanza porcentajes de 85% de satisfechos y muy satisfechos, 14% de regularmente satisfechos y sólo 1,5% de insatisfechos o muy insatisfechos. Con respecto a la atención integral en VIH/SIDA la suma de respuestas "muy bueno" y "bueno" muestran grados de satisfacción superiores a 90% en acceso a tratamiento antirretroviral, entrega oportuna de tratamiento antirretroviral en la farmacia, calidad de los medicamentos antirretrovirales y acceso y entrega oportuna de tratamientos para enfermedades oportunistas. Igual opinión positiva tienen con respecto a realización oportuna de exámenes de CD4 y de carga viral.

Antecedentes Financieros

Las fuentes de financiamiento del Programa, son de asignación específica (Subsecretaría de Salud Pública-CONASIDA) asignación Institución responsable (Subsecretaría de Salud Pública, para gastos asociados a ítem 21), así como también de aportes presupuestarios de otras instituciones sectoriales que, en particular, corresponden a las transferencias provenientes de FONASA³⁸.

Para el año 2009 el total de recursos presupuestados para el Programa³⁹ alcanzó a 17.158 millones de pesos. Durante el período comprendido entre el año 2006-2009, se observa una variación negativa de 42,9%.

CUADRO 5
FUENTES DE FINANCIAMIENTO
PROGRAMA VIH/SIDA Y LAS ITS
2006-2010

Fuentes de Financiamiento	2006 Monto	%	2007 Monto	%	2008 Monto	%	2009 Monto	%	2010 Monto	%	Variación 2006-2009
1 Presupuestarias											
1.1 Asignación Específica al Programa	974.228	4,1	966.133	3,2	956.069	4,6	889.455	5,2	890.414	6,6	-8,6
1.2 Asignación Institución	220.584	0,9	259.623	0,9	539.969	2,6	548.914	3,2	540.802	4,0	145,2

³⁶ La cifra de población alcanzada está influida por factores como: acceso al diagnóstico, acceso a control, acceso a tratamiento, éste último garantizado por GES. Por ello, si las personas no se han realizado el test de detección o habiéndose realizado el test no asisten a control, no son personas alcanzadas por cada uno de los servicios disponibles.

³⁷ Demoscópica: Estudios Sociales y de Opinión – Consumo y Mercado – Comunicaciones: "Estudio de satisfacción de usuarios de las personas viviendo con VIH/SIDA que se atienden en el sistema de salud pública", 4 de septiembre de 2008.

³⁸ Las transferencias son destinadas a Medicamentos ARV, Exámenes y medicamentos especiales para el tratamiento de enfermedades oportunistas en niños y adultos. Así como detección VIH embarazadas.

³⁹ No se contó con información, como es el financiamiento para el caso de los Establecimientos de los Servicios de Salud, en lo respecta a la detección subcomponente 2.1 y atención integral VIH e ITS, subcomponentes 2.2 y 2.3 respectivamente.

Responsable (Item 21, 22 y 29)											
1.3 Aporte presupuestario de otras instituciones Públicas	22.376.551	94,9	29.128.793	96,0	19.515.056	92,9	15.719.716	91,6	12.022.505	89,4	-46,3
2 Extra presupuestarias											
2.1 Otras fuentes sector privado aportes benef. Org. Internacionales, etc.											
Total	23.571.363	100,0	30.354.549	100,0	21.011.094	100,0	17.158.085	100,0	13.453.721	100,0	-42,9

Fuente: Fuente: CONASIDA-Sistema de información para la gestión financiera del estado – SIGFE-FONASA. Se utiliza el presupuesto inicial.

Se aprecia que la asignación específica al Programa CONASIDA se reduce para el período 2006-2009 en un 8,6%. Esta disminución se debe a que entre el año 2008 y 2009 se produce una disminución del presupuesto destinado a la Respuesta Regional Integrada de Prevención (RIPP) que desarrollan la Secretarías Regionales Ministeriales de Salud⁴⁰.

La asignación de la Subsecretaría de Salud Pública, se incrementa para igual período en un 145%, pasando de 220 millones en 2006 a 540 millones de pesos el año 2010. El incremento del presupuesto entre el año 2007 y 2008, se debe a la incorporación de 16 nuevos cargos de profesionales (Subtítulo 21) para trabajar en el programa en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Asimismo, entre 2008 y 2009 el presupuesto se ve incrementado nuevamente en el Subtítulo 21, tanto por tres profesionales que se incorporan a fines del año 2008, como también debido a recursos del Plan de 90 Días⁴¹. Es relevante señalar que el Programa contó con el aporte de recursos provenientes del Fondo Global para la Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el SIDA hasta el año 2007⁴².

CUADRO 6 FONASA: PRESUPUESTO PROGRAMA VIH-SIDA EN MILLONES DE PESOS DEL 2010

Año	Presupuesto Inicial	Presupuesto Final	Transferencia Real	Diferencia Presupuesto Final - Transferencia real
2006	22.377	13.227	13.227	0
2007	29.129	12.074	11.440	-634
2008	19.515	8.361	8.294	-67
2009	15.720	17.998	17.514	-484
2010	12.023	17.514	13.623	-3.891
Variación 2006-2010	-46%	32%	3%	

Fuente: FONASA

Los aportes provenientes del Fondo Nacional de Salud (FONASA) corresponden a los recursos contemplados en la apertura inicial de la ley de presupuestos de cada año. Entre los años 2006-2010 dicha cantidad de recursos experimentó una reducción de 46%. La diferencia entre el presupuesto inicial y

⁴⁰ "Hasta el año 2008, el Programa transfería los recursos financieros a cada SEREMI de Salud para el desarrollo de la RRIP. Desde el año 2009, cada Autoridad Sanitaria prioriza los problemas de salud regionales y su financiamiento, elabora un Plan de Salud Pública⁴⁰ que es negociado con el nivel central de la Subsecretaría de Salud Pública."

⁴¹ Medida 8: Reforzamiento y Consolidación de la Consejería y Desarrollo de Nuevos Procedimientos en el Acceso y Seguimiento en el Diagnóstico de Infección por VIH. Plan de Acción para el Fortalecimiento de la Gestión en Salud: Plan de 90 días". Ministerio de Salud. Diciembre de 2008

⁴² Estos fondos fueron destinados en una mayor proporción a los Componentes de Prevención y Estudios. Los recursos no eran transferidos a CONASIDA, si no que se administraban por la institución a cargo del fondo

final se debe fundamentalmente a que la estimación se realiza sobre el presupuesto histórico, así como también al hecho del cierre del convenio con el PNUD para la compra de medicamentos del programa.

Gasto Total del Programa

Para determinar el gasto total del Programa sólo fue posible contar con información proveniente de CONASIDA y FONASA, faltando la información de las otras instituciones participantes del mismo, como es el caso de los Establecimientos de Salud-Subsecretaría de Redes⁴³. Por tanto, hay una subestimación del gasto del programa al considerar únicamente las dos fuentes mencionadas.

Al examinar la evolución del gasto del Programa (CONASIDA-FONASA) durante el año 2006 éste alcanzó a 14.236 millones de pesos y para el año 2009 el mismo llegó a 19.222 millones de pesos, lo que representa un incremento de 35% entre 2006-2009. En el caso de CONASIDA, si bien entre los años 2006-2008 el gasto se mantiene estable en torno a los \$1,100 millones aproximadamente, es entre los años 2008-2009 que se aprecia un salto significativo del gasto. El incremento del gasto para estos años se debe, básicamente, al incremento del Subtítulo 21 (RRHH) y Plan de 90 Días.

La evolución de los gastos en el caso de FONASA, muestra una caída entre los años 2006-2008 de 37%, cuya explicación se expone a continuación:

- El año 2006 es el primer año en que FONASA comienza a comprar medicamentos antirretrovirales directamente a través de CENABAST, ya que hasta el año 2005 la compra se hacía vía PNUD y FONASA transfería recursos a dicho organismo. El cambio de mecanismo implicó la generación de un sobre stock de medicamentos. Adicionalmente, a partir del año 2006 se incorpora progresivamente la compra de antirretrovirales bioequivalentes (genéricos) y dicho año disminuye el valor de dólar. En el año 2008, se habían agotado los stocks y el presupuesto asignado fue disminuido en el monto equivalente al menor gasto devengado de los años anteriores (2006-2007) en que se usa stock crítico disponible. Asimismo, en el año 2008, el gasto devengado fue menor debido a que el pago de las facturas emitidas por CENABAST a los Servicios de Salud por concepto de medicamentos distribuidos a sus establecimientos, que es de obligación de los Servicios, no fue oportuno ni ajustado al periodo presupuestario.

Gasto por componente y Subcomponente.

Es pertinente señalar que para la confección del cuadro de gasto por componente, tanto en VIH/SIDA como en ITS, no se contó con los gastos asociados en los que incurren los establecimientos de los Servicios de Salud (red de atención), por tanto se procedió a estimarlos⁴⁴.

**CUADRO 7
GASTO ESTIMADO DEVENGADO TOTAL⁴⁵ POR COMPONENTE 2006-2009
(MILES DE \$ 2010)**

Componentes y Subcomponentes	2006	2007	2008	2009	Var 2006-2009
1.- Estrategia de Prevención	909.581	1.086.540	732.082	1.215.102	34%
1.1 Campañas de Comunicación Social Educativa	476.651	461.077	123.587	709.295	49%
1.2 Proyectos de Prevención Grupal	261.807	267.159	297.209	140.791	-46%
1.3 Consejería Individual (Corresponde sólo a cara cara, RM)	41.390	34.285	55.703	s/i	35%

⁴³ Sin embargo fue posible estimar el gasto de los Establecimientos de Salud con respecto al programa, y utilizar dicha información en la construcción de los indicadores de gasto promedio por unidad de producto y gasto promedio por beneficiarios que corresponde al punto de eficiencia

⁴⁴ La explicación con respecto a las estimaciones se encuentran incorporadas en el documento.

⁴⁵ Incluye el gasto devengado y/o identificado de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Servicios de Salud y FONASA

Componentes y Subcomponentes		2006	2007	2008	2009	Var 2006-2009
	Consejería Individual (Estimado nacional)	125.698	182.873	180.689	221.495	76%
1.4	Disponibilidad Condones	4.035	139.428	74.894	143.521	3%
1.5	Capacitación y asesoría técnica	0	1.718	0	0	
2. Atención Integral		15.420.702	15.206.721	11.400.995	21.164.774	37%
2.1	Detección y Diagnóstico VIH- Sífilis. Establecimientos de Servicios Salud	1.411.322 ⁴⁶	2.988.592	2.294.868	2.622.250	86%
2.1	Detección VIH –FONASA (embarazadas)	415.705	465.619	319.789	353.910	-15%
	Controles de Salud Sexual realizadas por matrona o enfermera en establecimientos de nivel secundario de atención	26.498	24.231	26.498	19.832	-25%
	Manual de Procedimientos y Sistema Registro Único	0	0	0	63.160	
2.2	Atención Integral PV-VIH/SIDA-FONASA (medicamentos ARV, Exámenes (cargas virales, linfocitos y genotipos) y medicamentos especiales para tratamiento enfermedades oportunistas en niños y adultos).	12.810.975	10.974.880	7.973.714	17.160.170	34%
	Atención integral PVVIH en Establecimientos-Servicios de Salud CON TARV (Médico y Mat./Enf.) / 6 consultas anuales c/u	330.792	378.354	386.304	475.984	44%
	Atención integral PVVIH en Establecimientos-Servicios de Salud SIN TARV (Médico y Mat./enf.) / 3 consultas anuales c/u	66.290	60.474	63.218	62.002	-6%
2.3	Atención Integral Personas consultantes de ITS en Establecimientos- Servicios de Salud (Medico y matrona consultas promedio p/paciente)	359.120	314.571	326.098	322.713	-10%
2.4	Capacitación y Asesoría Técnica en VIH/SIDA- Plan 90 días, Nivel Central CONASIDA	0	0	10.506	82.821	
2.4	Capacitación y Asesoría Técnica en VIH/SIDA- Programa Formación y Capacitación 2009, Subsecretaría Redes Asistenciales	0	0	0	84.753	
3. Vigilancia Epidemiológico y Estudios						
3.1	Seguimiento Epidemiológico	s/i	s/i	s/i	s/i	
3.2	Estudios en VIH/SIDA e ITS	s/i	s/i	s/i	s/i	
4 Estrategias de Cooperación						
4.1	Acuerdos de Cooperación	s/i	s/i	s/i	s/i	
Gastos administración (Considera gasto operacional nivel central y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud)		126.025	120.752	234.239 ⁴⁷	123.392	-2%
Otros gastos de Administración (Considera gasto operacional nivel central y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud)		4.873	0	0	0	
Recurso Humano no distribuido por componente (Considera RRHH CONASIDA, FONOSIDA y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud)		94.558	138.871	305.730	445.823	371%
Total		16.555.739	16.552.884	12.673.046	23.031.911	39%
	Gasto Total sin considerar estimaciones (corresponde a gasto de la Subsecretaría de Salud Pública y FONASA)	14.236.040	12.603.790	9.359.371	19.222.733	35%

Fuente: CONASIDA-Sistema de información para la gestión financiera del estado – SIGFE-FONASA

Eficiencia del Programa.

Con respecto del análisis de eficiencia se presenta el conjunto de indicadores con respecto al gasto promedio por beneficiario. A partir de lo anterior es posible concluir lo siguiente con respecto a los indicadores clave:

⁴⁶ No se incluye exámenes de detección de VIH y sífilis en donantes de sangre ya que no se contaba con el dato.

⁴⁷ Considera inversiones y gasto inicial por 16 nuevos cargos profesionales en SEREMIS de Salud y cargos del Nivel Central

- En relación a la **consejería cara a cara** (incluye el estimado nacional y el gasto en la Región Metropolitana), el gasto promedio por beneficiario se reduce significativamente en el período, reducción que alcanza a 25%. Si, además, se considera que el número de consejerías realizadas se incrementa, y la calidad no disminuye, se concluye que su trayectoria es favorable.
- En el caso del subcomponente **disponibilidad de condones**, el número de beneficiarios se incrementa durante el período. Se debe precisar que, en el marco de la atención clínica de PVVIH, consultantes de ITS y personas en control de salud sexual, se entregan en promedio 21 condones por persona por consulta, y para las acciones derivadas de proyectos de prevención se entregan en promedio 3 condones por persona, por tanto, el gasto unitario por beneficiario se encuentra en torno a los 500 pesos, lo cual se considera razonable.
- En el caso de **detección** (donde se agrega Detección y Diagnóstico de FONASA y Establecimiento de Servicios de Salud), el gasto promedio por beneficiario en el año 2009 llegó a 4.251 pesos. En el período evaluativo, éste se reduce en un 15%, mostrando una evolución favorable.
- En el caso de la **atención integral a personas con TARV** (incluye el gasto estimado por concepto de atención en los Establecimientos de Salud y compra de medicamentos) el gasto por beneficiario se reduce en un 7% durante el período, frente a un incremento sostenido en el número de pacientes tratados. Se aprecia un gasto de un millón y medio de pesos por paciente, costo que incorpora la atención integral de las PVVIH con TARV, es decir: medicamentos ARV y para infecciones oportunistas, exámenes --cargas virales, linfocitos y genotipos-- y atención de profesionales médico y matrona/enfermera), de modo que su evolución se considera favorable.
- En el caso de Atención Integral en ITS, el número de beneficiarios crece sostenidamente y el gasto por beneficiario se reduce para el período en un 11%, mostrando una tendencia favorable.

Por tanto, el programa muestra un desempeño favorable en términos de la eficiencia.

CUADRO 8
GASTO PROMEDIO ANUAL POR SUBCOMPONENTE BENEFICIARIO
(POBLACIÓN ALCANZADA)
PROGRAMA VIH/SIDA Y LAS ITS
2006 - 2009

Componente y subcomponente	Población Objetivo alcanzada				Gasto Promedio Anual por Población Alcanzada En pesos de 2.010				Var %
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	
Estrategia Prevención									
Campañas	975.175	1.081.660	2.910.276	1.304.911	488,8	426,3	42,5	543,6	11
Proy Prev Grup-com	75.732	57.427	39.211	17.970	3.457,0	4.652,1	0,0	7.834,8	127
Cosejería	126.285	185.214	190.311	222.675	1.323,1	1.172,5	1.242,1	994,7	-25
Disponib condones	149.726	278.562	273.171	211.285	26,9	500,5	274,2	679,3	2.42 1
Capacitación	5.022	1.025	367	87	0,0	1.676,1	28.626,7	0,0	
Atención integral									
Detección	364.856	644.778	669.019	700.048	5.007,5	5.357,2	3.908,2	4.251,4	-15
Control salud sexual	13.288	10.006	9.097	9.085	1.994,1	2.421,6	2.912,8	2.182,9	9
At. Integ c/TARV	7.782	8.978	9.554	11.262	1.668.739,1	1.264.561,6	875.028,0	1.565.987,7	-7

At. integ s/ TARV	3.119	2.870	3.127	2.934	21.253,6	21.071,1	20.216,8	21.132,2	-1
At. integ ITS	15.974	14.929	15.425	16.121	22.481,5	21.071,1	21.140,9	20.018,2	-11
Capacitación	1.160	1.080	130	1.848	0,0	0,0	80.815,4	82.866.861,7	

Fuente: FONASA

Gastos de Administración⁴⁸.

En cuanto a los gastos de administración del programa, sólo se cuenta con información proveniente de CONASIDA⁴⁹, por tanto, no es factible contar con la proporción de los gastos de administración para el Programa en su conjunto. Al examinar la proporción de gastos de administración de CONASIDA con respecto al total del gasto en la que incurre ésta, se aprecia que la proporción es del 12.9% en promedio para el período 2006-2009. Lo anterior se considera una proporción adecuada al considerar la proporción del gasto con respecto a otros programas públicos.

Con respecto a la ejecución presupuestaria del Programa, se aprecia un comportamiento irregular, a nivel del gasto devengado total con respecto del presupuesto total, así como también al examinar el ratio gasto-presupuesto de CONASIDA y FONASA.

CUADRO 9
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA
PROPORCIÓN DEL GASTO DEVENGADO
PROGRAMA VIH/SIDA Y LAS ITS
2006-2009

AÑO	CONASIDA	FONASA	FONASA	PROGRAMA
	GD/ Presupuesto	GD/ Presupuesto final	GD/ Presupuesto inicial	GD/ Presupuesto
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
2.006	83,8	100	59,1	60,4
2.007	94,9	94,8	39,3	41,5
2.008	73,7	99,2	42,5	44,7
2.009	118,8	100	111,4	112,0
PROMEDIO	92,8	98,5	63,1	64,7

Fuente: Elaboración propia a base de información SIGFE-FONASA

Con respecto a CONASIDA, la proporción de ejecución presupuestaria llegó a 83,6% durante el año 2006 y a 118,8% en el año 2009. Si sólo se considera el período 2006-2008, el porcentaje promedio de ejecución fue del 85%, proporción que alcanza a 93% en promedio al incluir todo el período. Dicha variación se explica por el desfase en el pago de campañas publicitarias, así como también en el caso del gasto en condones. En ambos casos señalados, una parte importante del gasto se realiza al año siguiente.

Con respecto a FONASA, la proporción del gasto fue de 59% en el año 2006 y de 113% en el año 2009, y la proporción promedio entre esos años fue un 63%. Las razones fueron el cierre del convenio con el PNUD, la planificación financiera a base del presupuesto histórico, y la incorporación de medicamentos genéricos.

Por tanto, se considera un desempeño deficiente en este aspecto.

⁴⁸ El panel no recibió la información correspondiente a la metodología para la obtención de los gastos de administración.

⁴⁹ La Institución no proporcionó la metodología de cálculo de los gastos de administración, la cual fue solicitada en reiteradas oportunidades.

3. Justificación de la Continuidad del Programa

El problema del VIH/SIDA y las ITS sigue plenamente vigente y la situación epidemiológica mundial muestra las dificultades en su control. Con las herramientas científicas de prevención y tratamiento de que se dispone, el programa responde a través de un diseño y gestión que demuestra eficacia y economía en todas sus dimensiones.

La aceptación de los usuarios, medida a través de estudios de satisfacción y a través de la ausencia de reclamos por incumplimiento de garantías (GES), es un elemento que respalda la justificación del Programa.

No se visualiza una necesidad de reformulación considerando el conocimiento y la investigación científica y tecnológica en el mundo actual. La investigación internacional en la búsqueda de una vacuna no ha sido exitosa hasta ahora. Si ello ocurre, habrá que incorporar esta medida de prevención específica bajo las condiciones que el programa determine apoyado, como lo ha hecho hasta ahora en las decisiones, por el comité de expertos de reconocida trayectoria científica en el país.

El Programa presenta fortalezas en su diseño y, con los resultados mostrados, se justifica su existencia y continuidad.

4. Principales Recomendaciones

1. Fortalecer y ampliar las acciones de prevención, de modo de alcanzar a las poblaciones vulnerables, prioritarias y emergentes (actualmente con coberturas muy insuficientes) en especial a los/as jóvenes y mujeres a fin de mantener la epidemia bajo control.
2. Avanzar en la detección precoz del VIH, incluyendo el test de pesquisa en el examen anual de medicina preventiva (como se hace en la actualidad en embarazadas), previo estudio de costo-efectividad. Dadas las características epidemiológicas, se recomienda estudiar la factibilidad que el examen de pesquisa sea ofrecido a hombres de 20 a 49 años⁵⁰ como parte del examen anual de medicina preventiva.
3. Reforzar el rol de los establecimientos asistenciales en la implementación del modelo de atención integral para VIH/SIDA e ITS de acuerdo a la normativa, cautelando calidad de los recursos humanos (incluyendo su capacitación) para mejorar y consolidar las acciones de prevención y de tratamiento así como las de seguimiento y vigilancia epidemiológica. Ello incluye reforzar el rol del profesional en la información a las personas de su situación serológica y su rol en la notificación de casos al sistema de vigilancia⁵¹. De igual modo, reforzar actividades de vigilancia epidemiológica activa y de epidemiología de terreno para asegurar la oportunidad y calidad de la información que sustenta el diagnóstico epidemiológico y la toma de decisiones.
4. Asegurar la continuidad de estudios especiales que constituyen insumos para la evaluación y el rediseño de las estrategias. Entre estos estudios se mencionan el segundo estudio de comportamiento sexual en la población chilena (provee información sobre el avance en materia de indicadores comportamentales y orientaciones normativas) y el estudio de seguimiento de cohortes (diseño técnicamente recomendado para conocer la evolución y las modificaciones que trae consigo el uso de

⁵⁰ Grupo poblacional en que la incidencia es mayor

⁵¹ Independientemente del lugar de la red de servicios de salud, públicos y privados, donde se indique la realización del test de pesquisa, todas las personas deben ser informadas del resultado y en el caso de los resultados positivos asegurar su ingreso a los centros de atención integral donde se realiza la evaluación clínica y la etapificación y se indica el tratamiento.

los TARV en la historia natural de la enfermedad y los efectos secundarios atribuibles a los antivirales en pacientes con tratamientos prolongados).

5. Desarrollar mecanismos para profundizar la estrategia de prevención en una lógica multisectorial, que establezca responsabilidades, funciones, metas y compromisos específicos de otros sectores del Estado. Comprometer especialmente al Ministerio de Educación en acciones institucionales educativas destinadas a favorecer en las/os estudiantes competencias para tomar decisiones en el ejercicio de la sexualidad, al Servicio Nacional de la Mujer para que fortalezca en sus objetivos estratégicos y líneas de trabajo la prevención VIH e ITS y también generar una política de colaboración entre el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y las empresas para constituir los centros laborales en espacios educativos en vistas a la prevención del VIH y las ITS.
6. Desarrollar mecanismos para dar continuidad, fortalecer y perfeccionar la participación de la sociedad civil alcanzada en la primera parte del periodo de evaluación en el marco del proyecto del Fondo Global, en particular de las redes que tuvieron especial relevancia en su realización.
7. Revisar la estructura organizacional del Programa, estableciendo una instancia de coordinación formal y permanente que incorpore a todas las instituciones sectoriales que participan en el programa a través de un Coordinador General ubicado en una instancia de mayor jerarquía, por ejemplo, en la Subsecretaría de Salud Pública, con mayores atribuciones que las que en la actualidad tiene el Coordinador Ejecutivo de CONASIDA, manteniendo la razonable autonomía de cada una de las instituciones participantes.
8. Consolidar el sistema de información y registros para dar cuenta de todo el quehacer del programa en coordinación con los Departamentos de Epidemiología y de Estadísticas e Información en Salud.
9. Avanzar hacia la descentralización de las decisiones terapéuticas y manejo de stock de ARV, a través de un comité ad hoc por servicio de salud con un rol activo en la definición de la demanda de compra y en la autorización de las terapias y de sus cambios asesorados por expertos locales.
10. En cuanto a aspectos presupuestarios, cautelar los montos destinados a la prevención, por la importancia central que ésta tiene en el control de la epidemia y asegurar recursos para la Respuesta Regional Integrada en Prevención en VIH/SIDA e ITS (RRIP), que permita mantener y profundizar su trabajo con las poblaciones vulnerables prioritarias y ampliarlo a las poblaciones vulnerables emergentes, por cuanto su concepción facilita una mayor adecuación epidemiológica y cultural a la epidemia, en particular para las regiones más afectadas (Arica-Parinacota, Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana).
11. Formalizar un mecanismo de financiamiento para asegurar la disponibilidad de condones para poblaciones vulnerables focalizadas, prioritarias y emergentes.
12. Agilizar los mecanismos de compra, facturación y pago de medicamentos e insumos, en los que participan con roles fundamentales FONASA y CENABAST e implementar mecanismos administrativos y legales que contribuyan a reducir los tiempos asociados a los procesos de compra.

Crear un mecanismo de corrección de los montos establecidos en la refrendación presupuestaria para la adquisición de antirretrovirales que permitan corregir los desfases temporales entre definición de compra, disponibilidad y pago.

NOMBRE PROGRAMA:	Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
AÑO DE INICIO:	1990
MINISTERIO RESPONSABLE:	Ministerio de Salud
SERVICIO RESPONSABLE:	Subsecretaría de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales Organismos Autónomos del Ministerio de Salud: Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública, Central Nacional de Abastecimiento, Superintendencia de Salud. Departamento Comisión Nacional del SIDA
EJECUTIVO RESPONSABLE:	Dr. Aníbal Hurtado, Coordinador Ejecutivo de la Comisión Nacional del SIDA.

TABLA DE CONTENIDO

I. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA.....	1
1.1. Descripción General del Programa.....	1
1.2. Objetivos del Programa a nivel de fin y propósito	3
1.3. Justificación del Programa	3
1.4. Política global y/o sectorial a que pertenece el Programa.....	16
1.5. Descripción de bienes y/o servicios (componentes) que entrega el Programa.....	21
1.6. Procesos de producción de los componentes	38
1.7. Caracterización y cuantificación de población potencial	69
1.8. Caracterización y cuantificación de población objetivo	75
1.9. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación.....	78
1.10. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable.....	97
1.11. Reformulaciones del programa.....	101
1.12. Otros programas relacionados.....	102
1.13. Antecedentes presupuestarios	103
II. TEMAS DE EVALUACION	104
1. DISEÑO DEL PROGRAMA	104
1.1. Diagnóstico de la Situación Inicial	104
1.2. Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico	105
1.3. Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico.....	108
1.4. Reformulaciones del Programa a nivel de Diseño.....	109
2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA	110
2.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación al interior de la Institución Responsable y con otras instituciones.....	110
(a) Estructura Organizacional.....	110
(b) Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades y funciones.....	111
(c) Gestión y Coordinación con programas relacionados	113
(d) Mecanismos de participación ciudadana	115
2.2. CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS DE LOS COMPONENTES.....	115
2.3. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS, MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y MODALIDAD DE PAGO	116
2.4. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN QUE REALIZA LA UNIDAD RESPONSABLE	117
3. EFICACIA Y CALIDAD DEL PROGRAMA.....	123
3.1. Desempeño del Programa en cuanto a la Producción de Componentes	123
3.2. Desempeño del Programa a nivel de Propósito	132
3.2.1. Análisis de Cumplimiento del Propósito	132
3.2.2. Beneficiarios Efectivos del Programa	133
3.2.3. Análisis de Cobertura.....	137

3.3.	Desempeño del Programa a nivel de Fin.....	156
4.- RECURSOS FINANCIEROS		157
4.1.	Fuentes y Uso de Recursos Financieros.....	157
4.2.	Eficiencia del Programa.	167
4.2.1.	Análisis de eficiencia actividades y/o componentes	167
4.2.2.	Gastos de Administración.....	171
4.3	Economía.	171
4.3.1	Ejecución presupuestaria del programa.....	171
4.3.2.	Aportes de terceros.....	173
4.3.3.	Recuperación de gastos.	173
5.	SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA.....	174
6.	JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD	174
III.	CONCLUSIONES	176
V.	BIBLIOGRAFÍA	181
VI.	ENTREVISTAS REALIZADAS	183
VII.	ANEXOS	184

NOMBRE PROGRAMA:	Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
AÑO DE INICIO:	1990
MINISTERIO RESPONSABLE:	Ministerio de Salud
SERVICIO RESPONSABLE:	Subsecretaría de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales Organismos Autónomos del Ministerio de Salud: Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública, Central Nacional de Abastecimiento, Superintendencia de Salud. Departamento Comisión Nacional del SIDA
EJECUTIVO RESPONSABLE:	Dr. Aníbal Hurtado, Coordinador Ejecutivo de la Comisión Nacional del SIDA.

I. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

1.1. Descripción General del Programa

El Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se enfoca en la prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual.

El programa incluye dos condiciones, VIH/SIDA e ITS que comparten sus mecanismos de transmisión y prevención, aunque su etiología, gravedad y pronóstico son diferentes, dado que la primera requiere tratamiento de por vida por no existir terapias curativas las que sí están disponibles para la mayoría de las infecciones de transmisión sexual.

La Institución Responsable es el Ministerio de Salud.

Participan en el desarrollo del Programa las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, y los Organismos Autónomos del Ministerio de Salud: Fondo Nacional de Salud (FONASA), encargado de otorgar el financiamiento y de monitorear el régimen de garantías explícitas en salud; Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST) encargada de proveer los medicamentos, instrumental e insumos requeridos para la ejecución del programa; Instituto de Salud Pública (ISP) encargado de la realización de las pruebas de confirmación diagnóstica y de seguimiento de los pacientes; y Superintendencia de Salud (SIS), encargada de velar por el cumplimiento de las obligaciones que impone el régimen de garantías en salud y los derechos de los beneficiarios de Fonasa y de las Instituciones de Salud previsional (ISAPRES). Participan en el Programa los Departamentos Comisión Nacional del SIDA, dependiente de la División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE, y los Departamentos de Epidemiología y de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, dependientes de la División de Planificación Sanitaria, DIPLAS, ambas divisiones dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública. Asimismo, participa la red de salud a través de los establecimientos asistenciales donde se realiza la atención a las personas. Todas estas instituciones tienen definidos los procesos a través de los cuales contribuyen al desarrollo del Programa

El Programa --y las áreas que lo componen-- es coordinado por el Coordinador Ejecutivo del Departamento Comisión Nacional del SIDA.

El Programa tiene un ámbito de acción nacional.

El Programa no tiene plazo determinado de operación. De este modo no hay horizonte de funcionamiento del programa ni se visualiza que finalice en un número determinado de años.

El propósito del programa es “**disminuir la transmisión y la morbimortalidad¹ asociadas al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y a otros agentes de infecciones de transmisión sexual (ITS)**” y se han definido los siguientes 4 componentes para lograrlo:

- 1. “Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.** El componente incluye campañas de comunicación social educativa, proyectos de prevención del nivel grupal–comunitario, consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA), disponibilidad de condones como apoyo a la decisión preventiva de la transmisión sexual del VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública de salud y para la promoción social de su uso en población destinataria de las acciones y proyectos de prevención desarrollados desde las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS a equipos de salud y otros actores involucrados en la prevención.
- 2. “Atención integral² para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada”.** Se orienta a brindar atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS, atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA y atención a personas con infecciones de transmisión sexual. Incluye atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS; atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los servicios de salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente; atención a personas con infecciones de transmisión sexual realizada en la red de establecimientos de los servicios de salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente; y capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS a equipos de salud y a otros actores involucrados en proyectos de prevención secundaria, en el contexto de la atención.
- 3. Vigilancia Epidemiológica y Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda.** Provee información epidemiológica y desarrolla estudios para apoyar decisiones con base en evidencias socioculturales, epidemiológicas, económicas y clínicas del VIH/SIDA y las ITS. Se organiza en los siguientes subcomponentes: Seguimiento epidemiológico del VIH/SIDA; y Estudios en VIH/SIDA e ITS.
- 4. Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida,** Se orienta a generar una respuesta nacional ante el VIH/SIDA e ITS con alta participación y asociatividad entre el Estado con la sociedad civil, con la colaboración y coordinación interministerial en el ámbito de la prevención del MINSAL con otros niveles de la estructura del Estado (mediante convenios marco y acuerdos de trabajo), y mediante las relaciones internacionales y compromisos, y la cooperación técnica global y regional.

¹ Morbimortalidad: incluye la morbilidad que se refiere a los enfermos o casos y la mortalidad que se refiere a las muertes por VIH/SIDA e ITS

² Considera visión integral biosicosocial del ser humano e incorpora los avances de la investigación científica para dar respuesta a los requerimientos asociados a la calidad de vida.

1.2. Objetivos del Programa a nivel de fin y propósito

FIN: Contribuir a mantener y mejorar la salud de la población.

PROPOSITO: Disminuir la transmisión y la morbimortalidad asociadas al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y a otros agentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).

1.3. Justificación del Programa

El problema que dio origen y justificación al programa fue la aparición en el mundo, a mediados de los 70 y comienzos de los años 80³, de una nueva -desconocida hasta entonces- enfermedad infecciosa transmisible de origen viral, retrovirus que luego sería denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Las personas viven toda la vida con el virus en su organismo y muchas de ellas no presentan síntomas ni indicios de infección durante varios años, ignorando su condición de vivir con el VIH. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es la etapa final de la infección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana. El surgimiento del VIH se une a un conjunto de infecciones con existencia previa --infecciones de transmisión sexual (ITS)-- que comparten su mecanismo de transmisión y su forma de prevención y que, a diferencia de éste, tienen en la actualidad tratamiento curativo. Por esto, el programa responde a la existencia tanto del VIH/SIDA como de las ITS.

Antecedentes clínico epidemiológicos del VIH/SIDA y las ITS.

Las personas que viven con el VIH (PVVIH), pueden transmitir el virus a otras personas por las vías de transmisión del VIH, científicamente comprobadas, que son: vía sexual (relaciones sexuales penetrativas sin uso de condón), sanguínea (dadores de sangre en período ventana⁴, intercambio de jeringas en usuarios de drogas inyectables) y vertical (una embarazada VIH positiva a su hijo/a durante el embarazo, parto y lactancia). No existe transmisión por vías casuales distintas a las señaladas.

La infección por VIH se asocia en todas sus etapas a una intensa replicación viral, principalmente en linfocitos y macrófagos, células asociadas a la inmunidad y mecanismos defensivos del organismo. Los mecanismos inmunológicos permiten neutralizar los nuevos viriones y regenerar las células inmunes lográndose un equilibrio entre la carga de virus (CV) circulante y el sistema inmunológico, medido por el recuento de linfocitos CD4. Esta es la "Etapa A" en que la persona infectada se mantiene asintomática. Después de un período variable se rompe este equilibrio, aumenta la CV y el recuento de CD4 declina progresivamente, produciéndose un deterioro inmunológico que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a las etapas B y C (SIDA) y a la muerte en un tiempo variable de no mediar tratamiento.

El tratamiento con asociación de 3 drogas antiretrovirales (ARV) suprime la replicación viral con lo que la CV se hace indetectable en más del 70% de los casos, se recupera la respuesta inmune cualitativa y cuantitativamente reduciéndose la morbilidad asociada, la progresión y la mortalidad por SIDA.

Desafortunadamente, el tratamiento antirretroviral (TARV) no logra erradicar el genoma viral de los tejidos reservorio que se establecen en los estadios iniciales de la infección y que persisten a pesar de la supresión intensa y duradera de la replicación viral. Por ello las terapias deben mantenerse de

³ Informe mundial sobre la situación del VIH/SIDA, ONUSIDA, 2008

⁴ Período ventana es el tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección por VIH y la capacidad de detección de las pruebas de laboratorio

por vida, ya que las interrupciones de una TARV exitosa llevan a la reaparición de virus circulante y nuevo deterioro inmunológico y clínico. En algunas ocasiones es necesario efectuar cambios de esquema terapéutico por toxicidad de las drogas o aparición de resistencia viral, la cual puede ser caracterizada mediante estudios de genotipificación viral.

En pacientes chilenos en TARV se ha obtenido eficacia virológica y resultados inmunológicos comparables a los reportados en estudios clínicos internacionales, demostrándose el impacto de la terapia en la expectativa de vida, lo que avala la existencia del programa de atención integral.

Aún cuando el VIH es de baja transmisibilidad, su permanencia de por vida en el organismo de las personas (aún en aquéllas que reciben tratamiento con antirretrovirales), sus formas de transmisión asociadas a prácticas sociocomportamentales y a contextos de vulnerabilidad social y cultural permiten proyectar un incremento en la magnitud de la epidemia y afirman la necesidad de implementar medidas preventivas eficaces dado el número considerable de personas expuestas a contraer el virus⁵.

El surgimiento de la epidemia se ubica en los primeros años de la década de los 80', en que aparecen los primeros casos de SIDA en el mundo. En Chile, la infección por VIH/SIDA se diagnosticó por primera vez en 1984, notificándose a seis personas, alcanzando a diciembre de 1990 un total de 254 casos de SIDA diagnosticado oficialmente, El total de personas notificadas en el período 1984-2008, alcanza a 20.099.

De acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA)⁶, la epidemia de VIH en Chile es una epidemia concentrada⁷ y que no está implantada fuertemente en la población general. Este nivel de epidemia presenta prevalencias⁸ sobre 5% en poblaciones de mayor riesgo (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), consumidores de drogas intravenosas, personas que ejercen el comercio sexual) y bajo 1% en mujeres embarazadas, en zonas urbanas.

Las principales características de la epidemia en Chile son⁹:

- Concentrada: principalmente en hombres homobisexuales: 52%
- Baja prevalencia en embarazadas: 0,05%
- De transmisión sexual: 95% de los casos notificados
- Predominantemente en hombres adultos jóvenes entre 20 y 39 años: 75 a 80% de los casos acumulados de VIH y SIDA
- Afecta principalmente a personas con menores niveles de escolaridad: 68% de los casos VIH/SIDA tienen educación básica y media.
- Mortalidad con tendencia a la disminución: descenso desde 3,6 a 2,4 muertes por 100.000 habitantes comparando 2003 con 2007.
- Tendencia al aumento de la sobrevida atribuible a la disponibilidad de terapia antirretroviral: Aumento de la sobrevida a 3 años de 85% en 2005 a 91% en 2008.

Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Chile.

La evolución de la epidemia de VIH/SIDA en Chile se conoce debido a que el país cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica que ha sido llevada por el Ministerio de Salud, desde el primer caso notificado. En 1984, en la normativa que regulaba la notificación de enfermedades transmisibles

⁵ Informe mundial sobre la situación del VIH/SIDA, ONUSIDA, 2008

⁶ Informe mundial sobre la situación del VIH/SIDA, ONUSIDA, 2008

⁷ Epidemia en la que el virus se transmite fundamentalmente en grupos específicos de la población

⁸ Prevalencia: número de casos totales en un período determinado. Se compara con la incidencia que corresponde a los casos nuevos del período.

⁹ Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH. Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Chile, 2009

de declaración obligatoria, se incluyó al SIDA entre las Enfermedades de Transmisión Sexual definiendo la necesidad de realizar un registro de casos¹⁰. Un documento complementario¹¹ estableció la omisión de nombre, apellido y domicilio de personas con ETS y otro decreto¹² creó las primeras normas para la aplicación de un programa de vigilancia epidemiológica del VIH y el SIDA. Posteriormente se reguló el procedimiento de examen para la detección del VIH considerando la notificación obligatoria que debe realizarse luego de la confirmación y entrega de resultados al paciente¹³, decreto que permitió, además, la derogación de resoluciones exentas superadas por las nuevas normativas¹⁴. El VIH/SIDA se definió como enfermedad de notificación obligatoria en el año 2000¹⁵, lo que se mantiene vigente a través del Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles¹⁶. Dicho Reglamento estableció que el VIH/SIDA es una enfermedad de **notificación obligatoria universal diaria**, que debe ser notificada a la Secretaría Regional Ministerial de Salud por el establecimiento asistencial. Además, el virus de la inmunodeficiencia humana está definido como agente sujeto a vigilancia de laboratorio¹⁷, debiendo enviarse la muestra junto al formulario ad hoc, de acuerdo a la normativa vigente¹⁸ que establece que toda muestra reactiva debe ser enviada al ISP para confirmación.

En el Ministerio de Salud, la vigilancia del VIH/SIDA fue llevada a cabo hasta abril de 2005 por CONASIDA y desde esa fecha la responsabilidad fue traspasada al Departamento de Epidemiología¹⁹.

Descripción de la evolución de la epidemia de VIH/SIDA:

Considerando el período 1984–2008, puede señalarse que las tasas anuales de **notificación de VIH** presentan un aumento sostenido hasta el año 2003, donde llegan a 5.9 por 100.000 habitantes, observándose durante los años 2004 a 2007 una tendencia al descenso; no obstante la tasa vuelve a aumentar llegando a 5,0 por 100.000 habitantes en el año 2008.

Por su parte, la tasa de **notificación de SIDA** registró un aumento sostenido hasta 1991, y a partir de ese año las tasas se estabilizaron entre 2.5 y 3.2 por 100.000, comenzando a disminuir a partir de 2004. Se observa, sin embargo, un incremento de la tasa a 3,6 por 100.000 en el año 2007²⁰, lo que puede observarse en el Gráfico 1.

¹⁰ Decreto Supremo N° 11 del 10/8/1984, actualmente derogado.

¹¹ DS N°197 del 3/1/85.

¹² DS N° 466 del 12/06/87

¹³ DS N° 371 del 2/2/2001 del Ministerio de Salud.

¹⁴ Resoluciones exentas N° 478 (1988) y N° 211 (1994).

¹⁵ DS N° 712 del 17/04/2000, actualmente derogado.

¹⁶ DS N°158 del 22/10/2004.

¹⁷ Artículo 9, DS.158.

¹⁸ DS N° 371.

¹⁹ Ord. N° B51/1395, 19 abril 2005.

²⁰ Este aumento de tasa en el año 2007 puede ser atribuido al cambio introducido desde ese año en la definición de caso de SIDA, de acuerdo a recomendaciones de los organismos técnicos internacionales²⁰. En efecto, las mejoras en los métodos de diagnóstico y de etapificación posibilitan una mejor clasificación, estableciendo el cruce entre el recuento de linfocitos CD4 y la etapa clínica, de modo que personas asintomáticas pero con un recuento linfocitario bajo (CD4<200) quedan clasificadas en etapa SIDA y acceden a terapia, mientras que según la definición usada anteriormente se clasificaban en etapa de portador o PVVIH.

GRÁFICO 1



Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

GRÁFICO 2

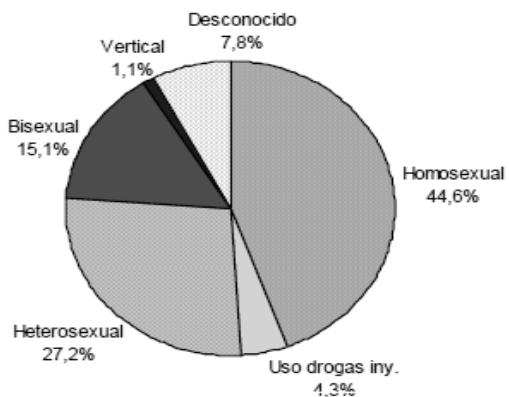


Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

En relación al **tipo de exposición al virus**, los datos acumulados en el país indican que la principal vía sigue siendo la sexual; 95.3% de los casos de SIDA y 96.6% de los casos de VIH²¹. Los gráficos 3 y 4 muestran la distribución porcentual según tipo de exposición en dos períodos, 1984-1998 y 1999-2008, observándose una tendencia al incremento de la exposición heterosexual de 27,2 a 36,5%

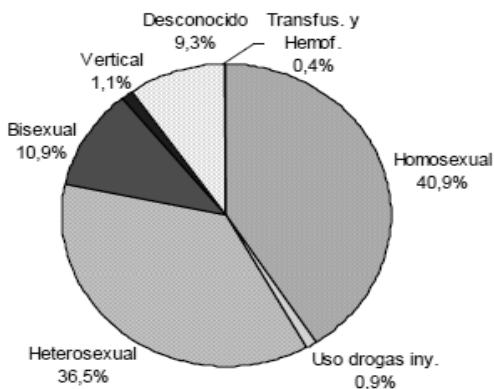
²¹ Se excluyen del cálculo los casos con vía de exposición no declarada (8,8% del total de casos).

GRÁFICO 3
 Distribución porcentual de casos acumulados de VIH-SIDA por vía de transmisión. Chile, 1984 - 1998



Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

GRÁFICO 4
 Distribución porcentual de casos acumulados de VIH-SIDA por vía de transmisión. Chile, 1999 - 2008



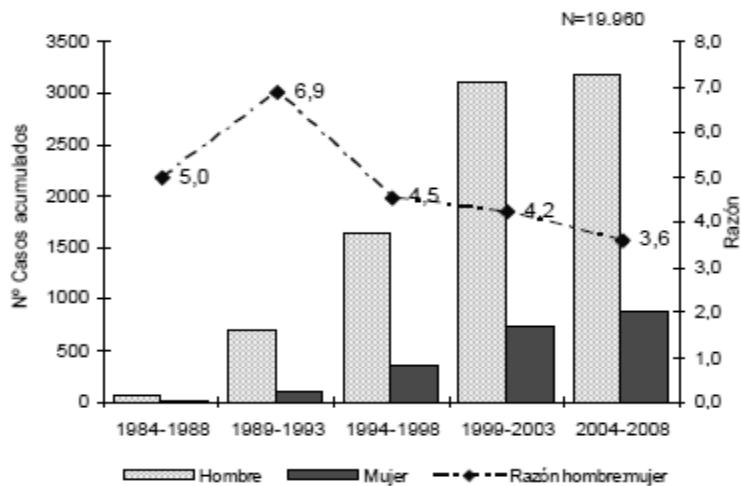
Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

En todo el período, en las mujeres el principal **mecanismo de transmisión** es el heterosexual (sobre el 90%), mientras que en los hombres la exposición homo/bisexual es la más declarada, tanto en SIDA (70.7%) como en VIH (76.4%). La epidemia predomina en hombres (85%), cuyo número de casos supera al de las mujeres a través de todos los años, tanto en VIH como en SIDA.

El indicador **razón hombre/mujer** evidenció un claro descenso, que se mantiene en la actualidad, siendo los valores para el último quinquenio de 3,6 en VIH y de 5,6 en SIDA. La evolución de las notificaciones según sexo se muestra en los Gráficos 5 y 6.

GRÁFICO 5

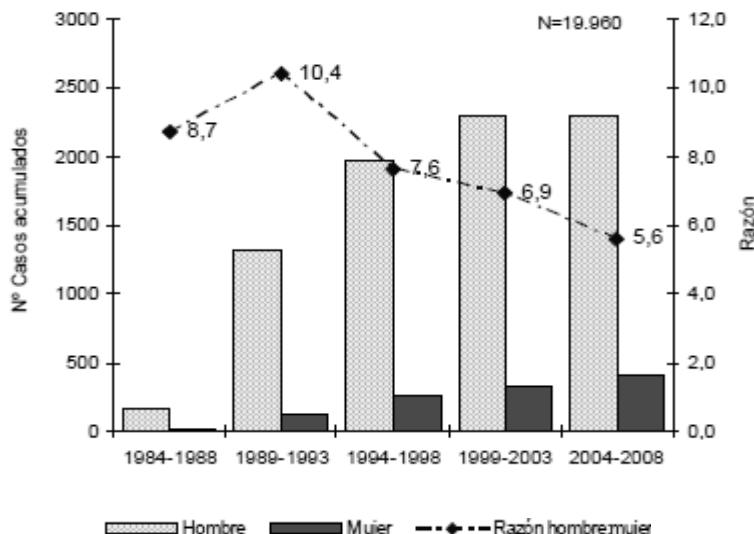
Casos de VIH notificados según sexo y razón hombre mujer
Chile, 1984-2008



Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

GRÁFICO 6

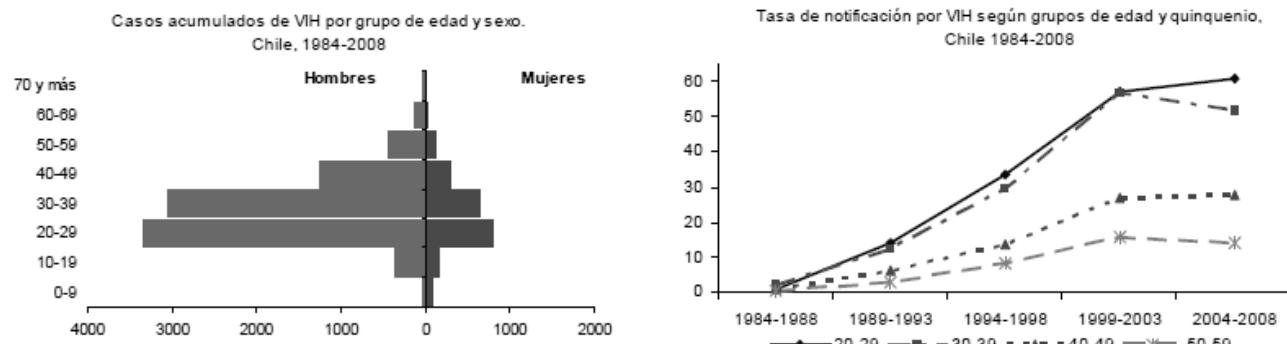
Casos de SIDA notificados según sexo y razón hombre mujer
Chile, 1984-2008



Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

Al analizar los casos acumulados de VIH por **grupos de edad y sexo** la mayor concentración de casos, tanto en hombres como mujeres, está entre los 20 y los 29 años de edad (Gráfico 7). Todos los grupos de edad aumentaron sus tasas de notificación de VIH hasta el quinquenio 1999–2003. Sin embargo, en el último quinquenio (2004–2008) se observa una disminución paulatina del número de casos notificados en todas las edades, excepto en el grupo de 20 a 29 años que muestra un permanente aumento (Gráfico 7).

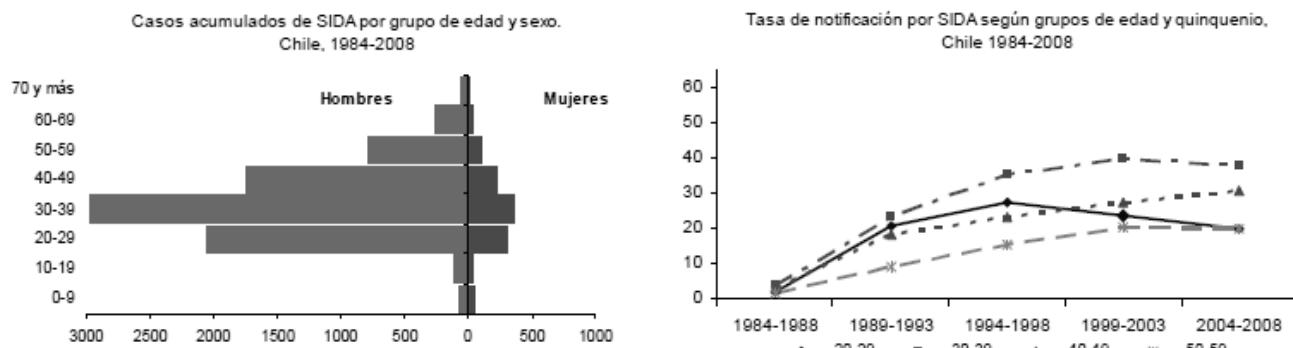
GRÁFICO 7



Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

En cuanto al SIDA (Gráfico 8), la mayor concentración de los casos, tanto en hombres como en mujeres se observa en el grupo de 30-39 años, un decenio después que en VIH. Se registra un aumento sostenido en las tasas de notificación de personas mayores de 40 años.

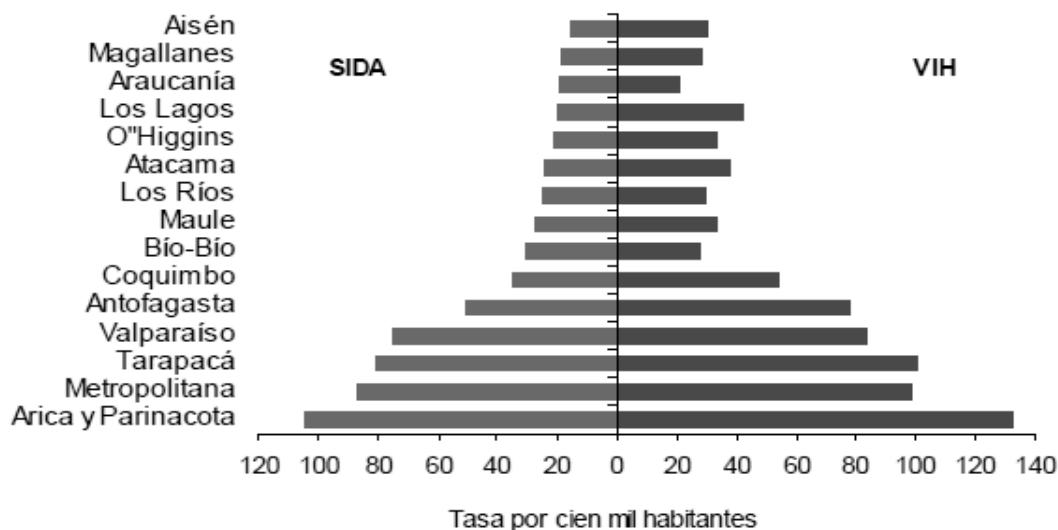
GRÁFICO 8



Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

Según **distribución geográfica**, las regiones de Tarapacá (Arica y Parinacota), Metropolitana, y Valparaíso, muestran las tasas acumuladas más altas desde el inicio de la epidemia, tanto en VIH como en SIDA. La región con la tasa más baja de VIH es la Araucanía, en tanto la región con la tasa más baja para SIDA es Aysén. (Gráfico 9)

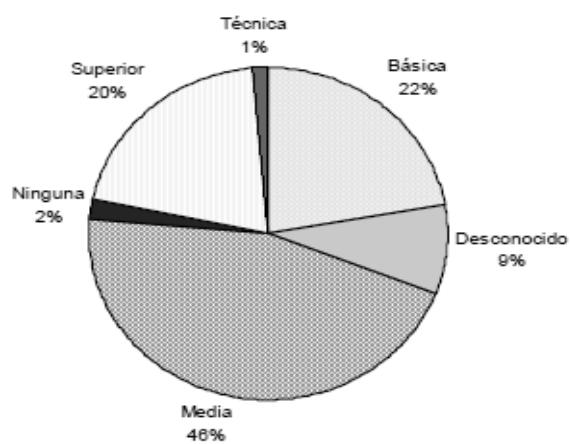
GRÁFICO 9
Tasas acumuladas de VIH y SIDA según región
Chile, 1984-2008



Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

Según **nivel de escolaridad**, tanto en VIH como en SIDA, predominan las personas con enseñanza media que alcanzan a 46%, lo que se observa en el Gráfico 10. En VIH la mayor proporción de casos está en personas con educación media y superior (47.1% y 22.4%, respectivamente), mientras que en SIDA, los casos se concentran en población con educación media y básica (44.2% y 24.2%)²².

GRÁFICO 10
Distribución porcentual de los casos de VIH/SIDA según escolaridad
Chile 1984-2008



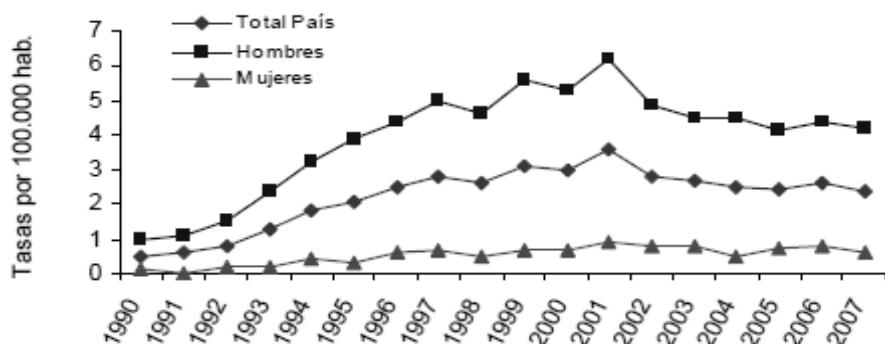
Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

²² Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009

La mortalidad por SIDA.

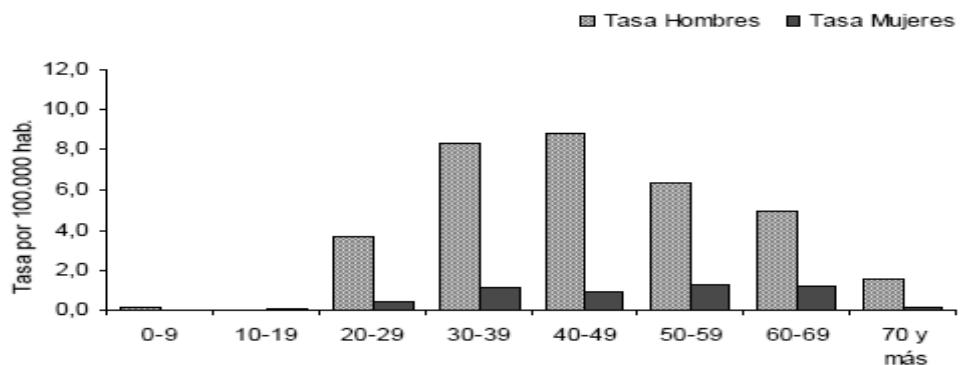
La historia natural de la infección por VIH muestra que en la medida que se produce la inmunodeficiencia se llega la etapa SIDA, que es la que concentra la mortalidad. La **evolución cronológica** de la mortalidad registra, en el período de 1990 a 2007 un total de 6.102 defunciones por SIDA, el 87.8% de ellas en hombres. La tasa de mortalidad experimentó un aumento progresivo hasta 2001, cuando se observó la tasa más alta del período (3.6 por 100.000 habitantes); sin embargo, en el último quinquenio analizado (2003–2007) la mortalidad ha mostrado un descenso sostenido, llegando el año 2007 a 2.4 muertes por 100.000 habitantes, lo que se presenta en Gráfico 11.²³ En cuanto a la mortalidad por **sexo**, entre los años 2001 y 2007 los hombres disminuyeron la mortalidad de 6.2 a 4.2 por 100.000. Entre las mujeres la mortalidad se ha mantenido relativamente estable alrededor de 0.8 por 100.000. De acuerdo a los grupos de **edad**, la mortalidad más alta se encuentra entre los 40 y los 49 años, seguida por la tasa del grupo de 30 a 39 años, lo que se observa en el Gráfico 12.

GRÁFICO 11
Mortalidad por SIDA, según sexo, Chile 1990-2007



Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009

GRÁFICO 12
Mortalidad por SIDA según grupos de edad y sexo,
Chile 2007*



Fuente: Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

²³ El descenso sostenido en la mortalidad se puede vincular al logro en el país de una cobertura de terapia de antiretrovirales del 100% en quienes lo requieren de acuerdo al protocolo en uso en el país. La ley número 19.966 GES (AUGE) incorporó al VIH/SIDA.

Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las Infecciones de Transmisión Sexual constituyen un grupo heterogéneo de patologías que comparte como principal mecanismo de transmisión la vía sexual.

A partir de 1998, por recomendación de los organismos técnicos internacionales²⁴ se sustituye el término “enfermedades de transmisión sexual” (ETS) por el de “Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), dado que hay infecciones asintomáticas, desconocidas por las personas infectadas, que constituyen fuentes de transmisión y que pueden tener consecuencias irreversibles para ellas. Las manifestaciones clínicas, cuando se presentan comprometen, en la mayoría de los casos, el área genital y las mucosas, pero también pueden tener manifestaciones sistémicas.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son un problema de salud pública dada su amplia distribución, su participación en la cadena de transmisión del VIH y las consecuencias que ocasiona en la salud de la población. Entre ellas destacan complicaciones y secuelas en mujeres y recién nacidos y el hecho, clínicamente comprobado, que una ITS que no recibe tratamiento puede acrecentar, en la persona afectada, hasta 10 veces el riesgo de infección y transmisión del VIH. Todas las ITS son prevenibles y la gran mayoría son diagnosticables, tratables y curables con tratamientos eficaces.

Las ITS se pueden clasificar tomando en consideración diferentes aspectos como el agente causal, la patología que produce o los síntomas asociados, pudiendo agruparse varias patologías bajo un conjunto de síntomas. Esta característica ha permitido el desarrollo de dos estrategias de abordaje diferente, el manejo etiológico y el manejo sindrómico, lo que, a su vez, favorece el tratamiento oportuno de estas infecciones. El “manejo etiológico” es el tratamiento que se brinda cuando hay certeza del agente causal de la infección y el “manejo sindrómico” es el tratamiento que se otorga basándose en la clasificación de acuerdo a las manifestaciones clínicas que pueden deberse a diversas etiologías y se recomienda cuando no existen posibilidades de llegar a un diagnóstico etiológico o se tiene certeza de que la persona que consulta, no volverá a control²⁵. Las ITS presentes en el país y que tienen normas de manejo clínico, terapéutico y epidemiológico, más frecuentes son:

- Sífilis
- Gonorrea
- Infección por chlamydia y mycoplasma
- Condiloma acuminado
- Herpes genital
- Linfogranuloma venéreo
- Chancroide
- Otras infecciones genitales, como tricomoniasis, vaginosis bacteriana y candidiasis genital
- Infección por Chlamydia
- Infección por virus papiloma humano

En Chile, las ITS son enfermedades de declaración obligatoria, que deben ser notificadas a la Autoridad Sanitaria por el establecimiento asistencial público o privado que atendió a la persona²⁶. Gonorrea, Sífilis y VIH/SIDA, son de notificación universal (todos los casos), a diferencia de las otras ITS, que son de vigilancia exclusiva a través de establecimientos “centinela”^{27 28}. La normativa actual establece como agente sujeto a vigilancia de laboratorio al Treponema pallidum (agente etiológico de

²⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS)

²⁵ Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Ministerio de Salud. 2008

²⁶ Decreto Supremo 158

²⁷ Decreto Supremo 158, Art. 1

²⁸ Centros de Atención que disponen de laboratorio para confirmación etiológica y que recogen la información a través de “ficha de notificación de casos de ITS” y que entrega información válida, de utilidad para el Programa, aunque no sean representativos.

la sífilis) y el VIH.²⁹ La *Neisseria Gonorrhoeae* (agente etiológico de la gonorrea) es agente sujeto a vigilancia para resistencia antimicrobiana, la que “se debe realizar en todos los establecimientos hospitalarios, públicos y privados, que efectúen aislamiento microbiano por sus propios medios o con el apoyo del Instituto de Salud Pública, de acuerdo a la norma técnica correspondiente³⁰ En el Ministerio de Salud, la vigilancia de las ITS estuvo a cargo de CONASIDA hasta abril de 2005, responsabilidad que desde esa fecha fue traspasada al Departamento de Epidemiología³¹ actualmente responsable del sistema de notificación de sífilis en la embarazada, sífilis congénita y VIH/SIDA. Durante el año 2007 se inició la revisión de la vigilancia centinela en Infección por Chlamydia e Infección por Virus Papiloma Humano (VPH).

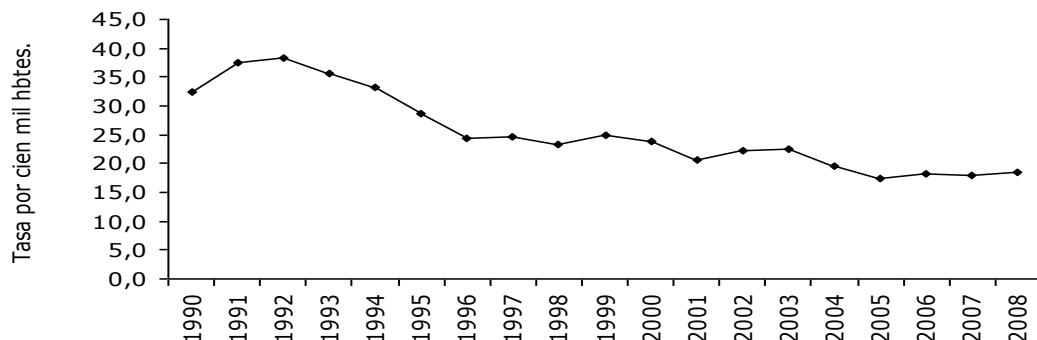
Situación de la Sífilis:

La sífilis es una infección de transmisión sexual provocada por el *Treponema pallidum* que tiene manifestaciones locales y sistémicas y que sin tratamiento se desarrolla en etapas produciendo complicaciones y secuelas, especialmente en mujeres y recién nacidos.

En Chile, la tasa de incidencia de sífilis ha disminuido desde valores cercanos a 40 por 100.000 habitantes, en 1992, hasta 18,8 por 100.000 habitantes, en los años 2008 y 2009, lo que se muestra en Gráfico 13.

GRÁFICO 13

Tasas de Incidencia de Sífilis.
Chile, 1990-2008(&)



Fuente: Dpto Epidemiología - MINSAL, Chile

La caracterización de la sífilis, de acuerdo a la información disponible³², se puede resumir en lo siguiente:

- Los casos de sífilis se incrementan a partir de los 15 años de edad, siendo el grupo de 20 a 24 años el que presenta la tasa de incidencia más elevada.
- Del grupo de 20 a 24 años (que concentra la mayor cantidad de casos) las mujeres representaron 48%.
- De las mujeres, 166 estaban embarazadas al momento del diagnóstico y su detección fue posible debido a la norma de realización del examen diagnóstico (VDRL) durante el embarazo.
- La Sífilis Congénita³³ concentra 2% del total de los casos de sífilis notificados en Chile y, a pesar de los altos indicadores de control de embarazo y atención profesional del parto, nacen niños con sífilis.

²⁹ Decreto Supremo 158, Art. 9

³⁰ Art.11, DS.158

³¹ Ord. N° B51/1395, 19 abril 2005

³² Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud.

³³ Enfermedad de niños/as, adquirida por transmisión vertical de una madre infectada

- Durante el año 2009, la tasa de incidencia del país fue 18,8 por 100.000 habitantes, con las más altas en las regiones de Tarapacá (94,7), Antofagasta (72,1), y Arica-Parinacota (37,1).

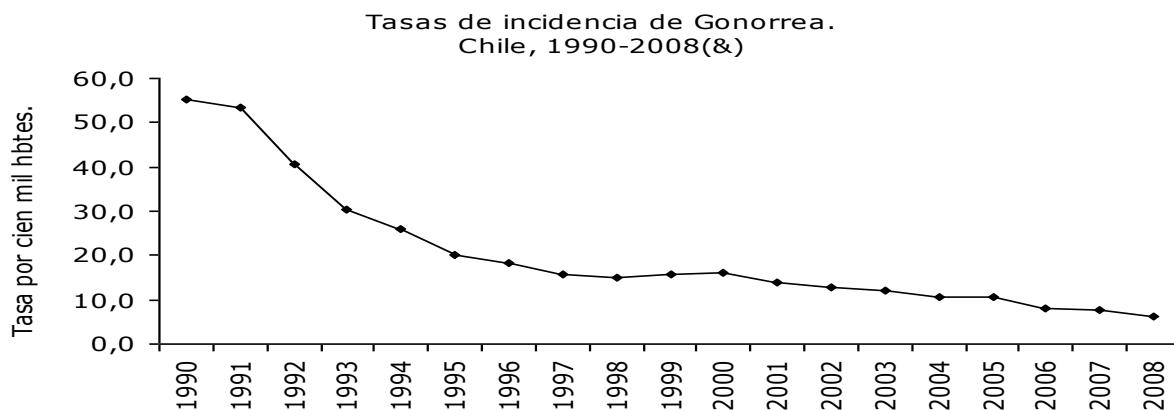
Situación de la Gonorrea:

La gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la *Neisseria Gonorrhoeae* que infecta diferentes tipos de mucosa, de preferencia la uretra en el hombre (uretritis) y el cuello uterino en la mujer (cervicitis). El gonococo tiene importancia por sus manifestaciones clínicas y por el aumento del riesgo de adquisición de otras ITS y de VIH.

La caracterización de la gonorrea, de acuerdo a la información disponible³⁴, se puede resumir en lo siguiente:

- En Chile, la tasa de incidencia en el año 2009 fue de 6,0 por 100.000 habitantes, habiendo descendido desde valores de 56 por 100.000 en el año 1990 (Gráfico 14).
- Según regiones, para igual año, las tasas más altas se presentan en Tarapacá (19,2), Antofagasta (18,6), Aysén (16,4) y Arica-Parinacota (14,4).
- El grupo etario más afectado es el de 20 a 29 años.
- Afecta especialmente a los hombres.

GRÁFICO 14



Fuente: Dpto Epidemiología - MINSAL, Chile

Otras infecciones de transmisión sexual: Vigilancia por Centros Centinela

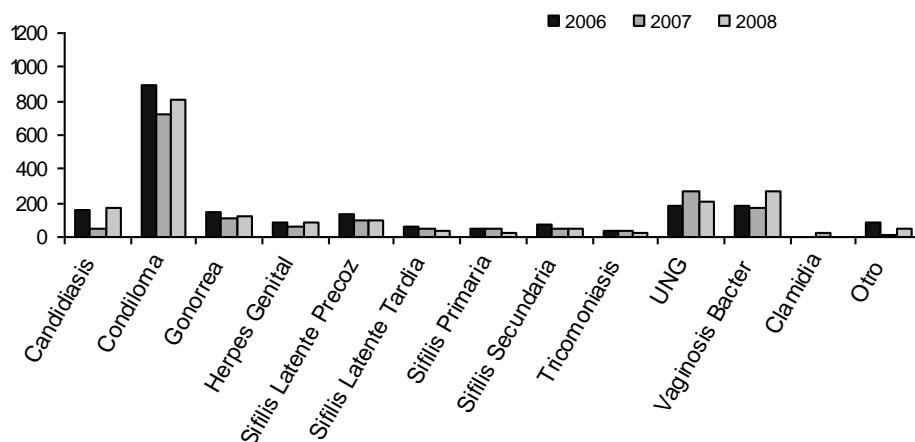
A partir de 1999 la vigilancia de las otras infecciones de transmisión sexual se hace a través de los “Centros Centinela”.

En el total de las notificaciones registradas entre 2006 y 2008 la patología más frecuente es el condiloma (42%), seguido por sífilis todas sus formas (13.6%) y uretritis no gonocócica (11.5%), lo que se muestra en el Gráfico 15.

³⁴ Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud.

GRÁFICO 15

Total de Notificaciones en CETS, segun diagnostico
Años 2006 - 2007 - 2008



Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Septiembre 2009.

La **Chlamydia trachomatis** es una de las bacterias de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, produciendo cuadros asintomáticos en 70 a 90% de las infecciones (rango en el mundo). Su importancia, además de lo señalado, radica en las complicaciones y secuelas de la infección en la mujer, a menudo irreversibles, como son la enfermedad inflamatoria pélviana, los embarazos ectópicos y la infertilidad. Los costos atribuibles al tratamiento de estas complicaciones, la podrían convertir en la infección de transmisión sexual (ITS) más cara después de la infección por VIH³⁵.

La infección por el **virus papiloma humano** (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente³⁶ en el mundo, existiendo más de 100 tipos de los cuales unos 30 son transmitidos sexualmente. De estos últimos hay tipos de "bajo riesgo" y de "alto riesgo", según su asociación con cáncer del cuello uterino. La mayoría de las personas infectadas por VPH no presentan síntomas y en el 90% la infección desaparece a los dos años. Sin embargo, aquellas mujeres que quedan con una infección persistente por VPH, y ésta es producida por un virus de "alto riesgo" incrementan su probabilidad de presentar un cáncer cérvico uterino. La Encuesta Nacional de Salud del 2003, detectó que el 16% de la población femenina de 17 y más años era portadora de Virus Papiloma Humano (VPH).

Durante el año 2007 se inició la revisión de la vigilancia centinela para Chlamydia e Infección por Virus Papiloma Humano, dadas sus características e implicancias³⁷.

³⁵ Martinez T., M. Angélica. Diagnóstico microbiológico de Chlamydia trachomatis: Estado actual de un problema. Rev.Chil.Infectol. 2001, vol.18, No.4 pp.275-284.

³⁶ Organización Mundial de la Salud

³⁷ Organización Mundial de la Salud

1.4. Política global y/o sectorial a que pertenece el Programa.

El programa se vincula a los objetivos estratégicos y productos estratégicos de las Subsecretarías de Salud Pública³⁸ y de Redes Asistenciales³⁹, así como a los objetivos estratégicos de los Servicios de Salud⁴⁰ y de los Organismos Autónomos del Ministerio de Salud, a saber, Fondo Nacional de Salud⁴¹, Central Nacional de Abastecimientos⁴² del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Instituto de Salud Pública⁴³ y Superintendencia de Salud⁴⁴. Ellos se encuentran definidos en el Formulario “Ficha de Identificación Año 2010, Definiciones Estratégicas” del Ministerio de Hacienda.

Objetivos estratégicos:

Los objetivos estratégicos, de la **Subsecretaría de Salud Pública**, vinculados al programa, se presentan a continuación:

- Desarrollar un Plan Nacional de Salud Pública, a través de acciones de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas, que integren las estrategias del sector a nivel nacional, regional y comunal, para la protección y fomento de la salud, con mejores condiciones de vida, prevención de riesgos ambientales y de enfermedades transmisibles y no transmisibles en concordancia con los avances alcanzados en los objetivos sanitarios de la década e incorporando el enfoque de Equidad y Determinantes Sociales.
- Normalizar y fortalecer la Autoridad Sanitaria, a través de la reducción de brechas y mejoras en la gestión de recursos humanos, físicos y financieros, para lograr un acceso oportuno y de calidad a prestaciones e intervenciones de Salud Pública como la fiscalización, vigilancia, regulación y promoción con condiciones institucionales acordes a los requerimientos actuales de la Salud Pública y de la reforma de salud.
- Apoyar la implementación del rol de Salud Pública en el Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES), a través del diseño y aplicación de estrategias en el ámbito de promoción y prevención de patologías, monitoreo del sistema desde la Salud Pública, apoyo al proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios públicos de atención de salud, definición de garantías, elaboración técnica de guías clínicas, protocolos y canastas de prestaciones asociadas al GES, para lograr acciones efectivas de prevención del daño en salud y favorecer el ejercicio de los Derechos y Garantías estipulados en el AUGE, especialmente en los sectores de la población más excluidos.

Los objetivos estratégicos de la **Subsecretaría de Redes Asistenciales** vinculados al programa son los siguientes:

- Consolidar el funcionamiento de las redes de alta complejidad y macrorredes asistenciales, a través del aprovisionamiento de equipamiento para los establecimientos de la Red, definiendo estándares de calidad, velando por la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo, para fortalecer la Red Pública de Salud.
- Generar las condiciones que permitan el funcionamiento del sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, con criterios de equidad, a través de la superación de brechas de tecnología sanitaria para asegurar la entrega de las garantías ofrecidas a la población.
- Mejorar la gestión en Atención Primaria, para lograr mayor resolutividad e integralidad a través del modelo de Salud Familiar y comunitaria como eje del sistema de salud.
- Implementar políticas destinadas a desarrollar recursos humanos en los Servicios de Salud centrados en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en

³⁸ Ficha de Identificación Año 2010, Definiciones Estratégicas Partida 16 capítulo 09. Ministerio de Hacienda

³⁹ Ficha de Identificación Año 2010, Definiciones Estratégicas Partida 16 capítulo 10. Ministerio de Hacienda

⁴⁰ Ficha de Identificación Año 2010, Definiciones Estratégicas Partida 16 capítulo 03. Ministerio de Hacienda

⁴¹ Ficha de Identificación Año 2010, Definiciones Estratégicas Partida 16 capítulo 02. Ministerio de Hacienda

⁴² Ficha de Identificación Año 2010, Definiciones Estratégicas Partida 16 capítulo 05. Ministerio de Hacienda

⁴³ Ficha de Identificación Año 2010, Definiciones Estratégicas Partida 16 capítulo 04. Ministerio de Hacienda

⁴⁴ Ficha de Identificación Año 2010, Definiciones Estratégicas Partida 16 capítulo 08. Ministerio de Hacienda

- Salud, en un marco de participación interestamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas.
- Incrementar el control social, la participación y el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud, a través de estrategias participativas que permitan favorecer la inclusión de los grupos vulnerables.

El Programa se vincula a los objetivos estratégicos de los **Servicios de Salud**, los cuales se presentan a continuación:

- Asegurar el funcionamiento de las redes y macroredes asistenciales, a través del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el sector, con eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo, considerando en ello también, la resolución de los problemas de salud que se presentan en los eventos de emergencia y/o desastres naturales o producidos por el hombre.
- Asegurar el funcionamiento del sistema de Garantías Explícitas en Salud en los Establecimientos de la Red del Servicio de Salud, avanzando en la superación de brechas de tecnologías sanitarias, a través de la provisión de dichas tecnologías con criterios de equidad y responsabilidad fiscal.
- Implementar estrategias y acciones que permitan desarrollar recursos humanos centrados en el usuario y en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en Salud, en un marco de participación interestamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas.
- Incrementar el control social, la participación y el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud, a través de estrategias participativas que permitan favorecer la inclusión de los grupos vulnerables

El Programa se vincula a los siguientes objetivos estratégicos del **Fondo Nacional de Salud (FONASA)**:

- Extender la Protección Social en Salud a los potenciales beneficiarios, con énfasis en los grupos vulnerables, con el objeto de mejorar la calidad de vida de la población.
- Mantener a la población informada a través de estrategias de difusión y participación, para el correcto ejercicio de sus derechos y deberes, en el ámbito de la protección social en salud.
- Optimizar las fuentes y usos de los recursos públicos para salud, a través de una eficiente gestión financiera y una constante fiscalización de éstos, para ampliar la Protección Social en Salud.
- Cumplir con el Régimen General de Garantías, asegurando el acceso, oportunidad y protección financiera en la entrega de prestaciones y servicios de Salud, para mejorar los estados de salud de la población beneficiaria.

El Programa se vincula a los objetivos estratégicos de la **Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST)** los cuales se presentan a continuación:

- Incorporar Buenas Prácticas de Excelencia Operacional, a través de la integración tecnológica de un nuevo sistema de información que permita garantizar la entrega de productos y servicios de distribución con calidad y seguridad respectivamente.
- Mejorar los niveles de participación y rol de CENABAST como proveedor/intermediador en la gestión de compras de los establecimientos de la Red Asistencial, actualizando y mejorando la cartera de productos intermediados y servicios de distribución, con el fin de otorgar satisfacción a los usuarios con la entrega completa y oportuna de sus demandas de productos, insumos o servicios.
- Incorporar elementos de análisis e innovación a los procesos logísticos a través la Gestión de la Calidad con el fin de entregar a intermediación y a los programas sanitarios Ministeriales Gubernamentales, un soporte logístico integral.

El Programa se vincula a los siguientes objetivos estratégicos del **Instituto de Salud Pública (ISP)**:

- Asegurar la calidad institucional, mediante la modernización de los procesos, la certificación o acreditación en base a normativa internacional, desarrollo de las competencias y formación

- continua, abarcando laboratorios de análisis clínicos, del ambiente y de salud ocupacional, para el fortalecimiento de los roles de referencia y fiscalización.
- Asegurar la calidad de los bienes y servicios de salud sometidos a nuestra supervigilancia, en cumplimiento del rol de referencia, control y fiscalización que mandata la ley y reglamentos para otorgar un mejor servicio a los usuarios.
 - Apoyar la creación y/o modernización de laboratorios, mediante el trabajo conjunto con el Ministerio de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud para fortalecer las redes de salud.
 - Adecuar las acciones de vigilancia a las necesidades sanitarias del país y del reglamento sanitario internacional, a través del mejoramiento de la confiabilidad de los resultados, de la oportunidad y capacidad para responder a las situaciones epidemiológicas y otras que pongan en riesgo la salud de la población, con énfasis en las enfermedades transmisibles.
 - Transformar al Instituto de Salud Pública (ISP) en referente nacional en investigación aplicada en temas prioritarios de políticas de Salud Pública a través de la elaboración, coparticipación y presentación de proyectos de investigación y convenios con universidades, para estimular la innovación en las áreas de su competencia.

El Programa se vincula a los siguientes objetivos estratégicos de la **Superintendencia de Salud (SIS)**:

- Perfeccionar el modelo de regulación y fiscalización para mejorar el desempeño del Sistema de Salud y asegurar el cumplimiento de las garantías y derechos de las personas, en el marco de un proceso de garantías crecientes.
- Contar con mayor participación y empoderamiento de los usuarios a través de la información y la educación, para asegurar las garantías y derechos de las personas, evitando la discriminación en la previsión de salud y aumentando la transparencia en la información.
- Contar con buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y la comunidad, para brindar servicios de calidad a través de una cultura organizacional centrada en el compromiso, el talento y la calidad de los servicios entregados.

Productos estratégicos.

El programa se vincula a los siguientes **productos estratégicos** de las instituciones participantes del Programa:

De la Subsecretaría de Salud Pública

- Plan Nacional de Salud Pública
- Acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria
- Auge (GES) en Salud Pública

De la Subsecretaría de Redes Asistenciales

- Monitoreo y Evaluación del sistema de Atención de Salud
- Planificación, desarrollo y gestión de personas que laboran en el sector salud
- GES en red de salud

De los Servicios de Salud

- Acciones de salud en establecimientos de atención primaria -Municipalidad o de los Servicios
- Acciones en establecimientos de segundo nivel -Hospitales, Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT, Centro de Referencia de Salud CRS
- Acciones de las Direcciones de los Servicios de Salud.

Del Fondo Nacional de Salud (FONASA)

- Régimen General de Garantías en Salud
- Fiscalización del Régimen General de Garantías en Salud

- Servicios de atención al Beneficiario/a
- Gestión Financiera
- Plan Nacional de Afiliación y Acreditación.

De la **Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST)**.

- Servicios de Intermediación para la compra de fármacos, dispositivos y equipos médicos, alimentos y servicios.
- Servicios de Apoyo Logístico.

Del **Instituto de Salud Pública (ISP)**

- Programa de Calidad Institucional/Nacional
- Programa de Control y Fiscalización
- Programa de Referencia
- Programa de Vigilancia

De la **Superintendencia de Salud (SIS)**:

- Fiscalización
- Regulación
- Atención al beneficiario/a
- Resolución escrita de reclamos
- Estudios acerca del Sistema de Salud
- Registro de Prestadores
- Difusión y Educación

Marco jurídico vigente asociado al VIH/SIDA y las ITS, en el sector salud

El Programa Nacional de Control del VIH/SIDA y las ITS se inserta en un marco jurídico, definido como el conjunto de normas y disposiciones de distinto rango que sirven de fundamento a las políticas, programas y acciones que se llevan a cabo en esta materia. En orden descendente de importancia son la Constitución Política de la República, las leyes y decretos con fuerza de ley, los reglamentos y decretos. Según la naturaleza que tenga una norma específica, debe ajustarse a las que preceden en la escala señalada. Además, en el orden interno del sector salud, hay resoluciones y oficios circulares de orden obligatorio.

El **marco global** respecto a la salud está dado por la Constitución Política de la República de Chile, la cual explica en su artículo 9º el derecho a la protección de la salud, de la siguiente manera: “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;”

El marco específico de las Políticas de Salud contiene las normas fundamentales que regulan el sector salud, a saber:

- Código Sanitario, aprobado por DFL N° 725 de 1967, del Ministerio de Salud. Trata las materias relacionadas con la salud pública del país y de sus habitantes.
- Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, Ley Orgánica de los organismos que configuran el sector: Ministerio de Salud, Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública de Chile, Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud y Superintendencia de Salud. Además contiene las disposiciones de la ley N° 18.469 que Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

La colección ordenada de reglas o preceptos, procurada por la autoridad sanitaria para la ejecución del Decreto con Fuerza de Ley Nº 1, está dada por los siguientes Reglamentos:

- Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto Nº 136/04 Publicado Diario Oficial el 21/04/2005 y su modificación Decreto 67/08 de 13 del 10 del 2008. Define la naturaleza y alcance del MINSAL, sus funciones, la organización y atribuciones. Asimismo, indica la naturaleza jurídica y objeto, funciones y organización respecto de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- Reglamento de los Servicios de Salud, Decreto Nº 140 de 2004, publicado en Diario Oficial de 21 de abril de 2004 y modificaciones por Decreto 75/05, D.O.F. de 21 de octubre de 2006. Define naturaleza y alcance de los mismos, su organización, estructura y funciones. Asimismo, indica roles y funciones en relación a la Atención Primaria de Salud e incorpora disposiciones sobre gestión financiera y acciones referidas a los establecimientos de salud.
- Reglamento del Decreto 369/85 aprueba aplicación de ley 18.369

El marco específico de las Políticas de Salud en VIH/SIDA contempla las siguientes disposiciones:

- Ley 19.779, publicada en el Diario Oficial de 14 de diciembre de 2001 que establece normas relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.
- Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia humana, Decreto Nº 182 de 2005, del Ministerio de Salud.
- Decreto Nº 466, de 1987, del Ministerio de Salud. Imparte Norma para la Aplicación de un Programa de Vigilancia Epidemiológica del SIDA.
- Resolución Exenta Nº 561 de 2000, del Ministerio de Salud Norma Técnica Nº 48, Norma Manejo pos-Exposición Laboral a Sangre en el contexto de la Prevención de la Infección por VIH
- Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles, Decreto Supremo Nº 158 de 2004 del Ministerio de Salud.
- Resolución Exenta Nº 328 D.O.F. 1986. Establece Normas Mínimas de Bioseguridad para el Manejo de Muestras de Pacientes con riesgos de Infección del Virus HTLV III SIDA (Human T cell Lymphotropic Virus, es el virus del SIDA) en Laboratorios Clínicos.
- Resolución Exenta MINSAL Nº 622, Octubre 2005, Norma Técnica Nº 81, Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.
- Circular Nº B51/18 de 2007 que establece normas para la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA
- Ordinario B51 Nº 1817 del 07 de mayo de 2009 referido a Instrucciones para la construcción de Código examen para VIH.
- Ordinario 22B/ Nº 4220 del 28 de Octubre de 2009, “Codificación examen de VIH”
- Decreto exento Nº 835 del 10 de marzo de 2010 que aprueba Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH.

Otras regulaciones sanitarias que abordan aspectos del VIH/SIDA y las ITS

También es preciso mencionar que hay cuerpos legales que corresponden a otras áreas temáticas sectoriales, y que especifican aspectos del VIH/SIDA, lo que indica su carácter transversal en los programas de salud, tal es el caso de:

- Decreto Nº 2357 de 1994, del Ministerio de Salud, modificado por Decreto Nº 531/99 y Decreto. Nº 558 de 2001, “Aprueba Reglamento sobre Centros de Diálisis”.
- Resolución Exenta Nº 444 de 2005, Ministerio de Salud, Manual de organización y Normas Técnicas, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud.
- Decreto Nº 44/07 de 2005, modificado por Dto. 69/07, Normas del Ministerio de Salud que aprueban las Garantías Explicitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.
- Decreto Nº 206, de 2007 del MINSAL Reglamento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual.
- Resolución Exenta Nº 394 de 2008 del Ministerio de Salud, Aprueba Guía de Procedimientos por Infracción al Decreto Supremo Nº 158 de 2004 del MINSAL.

- Resolución exenta N° 60 de 2007, del Ministerio de Salud, Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley 19.966, modificada por resolución exenta N° 296 de 2007, Ministerio de Salud.
- Decreto N° 44 de 2007, del MINSAL, Tercer Régimen de Garantías Explícitas en Salud.
- Resolución Exenta N° 458 de 2007, del Ministerio de Salud, Aprueba "Norma General Técnica N° 96, sobre Colecta Móvil de Sangre".
- Resolución Exenta N° 424 de 2008, del Ministerio de Salud, aprueba Norma General Técnica N° 103, Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Norma Técnica Vigilancia de Laboratorio, de 2006 del Instituto de Salud Pública.
- Circular 4F/53 del MINSAL de 19 de diciembre de 1995 “Norma sobre exámenes microbiológicos obligatorios a realizar a toda sangre donada para transfusiones y otros aspectos relacionados con la seguridad microbiológica de la sangre”.
- Circular 4C/21 del MINSAL de 22 de marzo del 2000. “Normas para la selección del Donante de Sangre”.
- Ordinario C6/N° 850 del 26 de marzo de 2009. Informa sobre Donantes de Sangre”. Indica conducta a seguir frente a donantes con exámenes de tamisajes positivos, que residen en un área geográfica diferente en la cual realizó la donación.
- Ordinario C63/N° 2344 del 23 de julio de 2009, “Política Nacional de Servicios de Sangre”.

1.5. Descripción de bienes y/o servicios (componentes) que entrega el Programa.

Para lograr el propósito de disminuir la transmisión, la morbilidad y la mortalidad asociadas al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a otros agentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), el programa plantea 4 componentes. Cada componente considera subcomponentes específicos.

Componente 1. “Estrategia de Prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.

Este componente considera, a su vez, los 5 subcomponentes siguientes:

- 1.1. Campañas de Comunicación Social Educativa realizada**
- 1.2. Proyectos de Prevención del nivel grupal-comunitario realizados por SEREMIs**
- 1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes**
- 1.4. Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red de salud pública asegurada**
- 1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas**

La epidemia del VIH/SIDA ha requerido, desde su origen, del desarrollo de una política centrada en la prevención como principal herramienta para enfrentar la epidemia, ya que no se dispone aún de vacuna ni de tratamiento curativo. A su vez, la prevención reside en los individuos y en prácticas privadas, (fundamentalmente a prácticas relacionadas con las vías sexual y uso de drogas endovenosas) y la adopción de prácticas preventivas requiere de una alta implicación suya, atendiendo a condiciones de vulnerabilidad. Para la promoción de prácticas preventivas en sexualidad, principal vía de transmisión, las alternativas propuestas en el diseño internacional de las estrategias de prevención considera tres formas a usar por las personas: no tener intercambios sexuales que implique a los cuerpos (abstinencia), una mutua exclusividad sexual y el condón correctamente usado. La estrategia nacional de prevención de VIH/SIDA y las ITS apunta a lograr cambios comportamentales en la esfera de la sexualidad y en particular al incremento de prácticas sexuales seguras, ello de acuerdo a

las políticas de salud vigentes y a los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales⁴⁵.

La estrategia nacional se organiza en niveles de intervención complementarios, con objetivos específicos, acciones, ámbitos de intervención y poblaciones destinatarias. Estos niveles son: nivel social/masivo, nivel grupal/comunitario, nivel individual y nivel intersectorial e institucional. Estos niveles de intervención se articulan a través de la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH y las ITS (RRIP), cuyo propósito es contribuir a la disminución de la transmisión del VIH/SIDA, las ITS y la discriminación, implementando una respuesta preventiva integrada y articulada que profundice la focalización en poblaciones más vulnerables y asegure la continuidad de acciones comunitarias y comunicacionales en población general y el acceso a recursos y servicios preventivos disponibles y en acciones de prevención. Como estrategia se fundamenta en la necesidad de consolidar procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que permitan integrar y articular, en el nivel local, las experiencias ya realizadas, así como avanzar en la coordinación de esfuerzos entre el sector Salud y otros sectores del Estado y de la sociedad civil organizada, cuyos ámbitos de competencia y acción conecten con fenómenos y temáticas concernientes al VIH/SIDA y las ITS. (Para mayor información, véanse Anexos Complementarios 1: Estrategias de prevención y atención integral del programa nacional de SIDA. Comisión Nacional del SIDA. Junio de 2009 y 2: Estrategia nacional de prevención del VIH/SIDA y las ITS).

La Estrategia de Prevención se organiza en 5 subcomponentes:

Subcomponente 1.1. Campañas de Comunicación Social Educativa realizadas.

Su objetivo es mantener el alerta social y la percepción de riesgo en la población y contribuir a promover la no discriminación por parte de la sociedad a personas y grupos afectados por el VIH/SIDA y a personas y grupos que se encuentran más expuestos a la epidemia, especialmente minorías sexuales.

Uno de los elementos de base de una estrategia preventiva es el nivel de conocimiento que alcance una población respecto del VIH/SIDA y las ITS en relación con las formas de transmisión (que sirve a la prevención y a la no discriminación) y a las formas de prevención en materia de comportamientos sexuales, entre otros. El conocimiento requiere estar constantemente activado por fuentes que cumplen la función de alerta social, y debe ser adquirido generación a generación por los grupos de niños, niñas y jóvenes para que cuando inicien sus trayectorias sexuales inicien también sus prácticas preventivas y, para que conociendo las formas de transmisión, no discriminén a las personas y grupos señalados precedentemente.

Se realizan a través de los medios masivos del país de mayor cobertura poblacional: televisión abierta y por cable, radios satelitales, locales y comunitarias, prensa escrita y vía pública de alto impacto. Sus contenidos y mensajes se formulán teniendo como base un análisis de antecedentes epidemiológicos, socio-comportamentales, contexto político y sociocultural, información científica y evaluaciones de campañas previas. Junto con el diseño nacional de campañas, se ha incorporado a su desarrollo una lógica regional, participativa, asociativa e intersectorial. Esto contribuye a su descentralización y permite su adaptación a las realidades regionales. Las SEREMIS de Salud, para los años 2006 y 2007, desarrollaron soportes comunicacionales coherentes con el objetivo de la Campaña Nacional, y el diseño de las Campañas de Comunicación Social Educativa para la Prevención del VIH/SIDA. En la Respuesta Regional Integrada de Prevención (RRIP) las SEREMIs incorporan también actividades masivas, no propiamente campañas.

Las campañas de comunicación social educativa son el eje de este nivel social/masivo. Complementariamente, se desarrollan dos tipos de actividades: la conmemoración de hitos comunicacionales y el trabajo con medios de comunicación y comunicadores. Se ha instaurado la

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud, OMS; Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA

realización de eventos comunicacionales artístico–culturales y sociales de información y sensibilización en el marco de conmemoración preferentemente asociados con el “Candlelight o Día de las velas”, fecha en la que se conmemora a las personas fallecidas a causa del SIDA; y el Día Mundial del SIDA, jornada internacional en la cual se propone un lema de compromiso social contra el VIH/SIDA.

Finalmente, se realizan actividades de actualización, sensibilización y difusión como seminarios y talleres nacionales, regionales y locales sobre el VIH/SIDA y otros temas relacionados destinados a medios de prensa y comunicadores sociales. La acción central de este nivel es la campaña de comunicación social.

En el nivel *social/masivo*, el Programa define la incorporación de las mujeres como un grupo social objetivo por su exposición al VIH y las ITS. Desde su origen las *campañas de comunicación social educativa* desarrolladas por el Estado han incluido a las mujeres, sea como público objetivo, sea como contenido del mensaje preventivo destinado a otras poblaciones objetivo. La elaboración de *campañas regionales de prevención* contemplaba la participación de SERNAM, organismo rector de las políticas públicas que tienen por objeto a las mujeres.

Subcomponente 1.2. Proyectos de Prevención del nivel grupal/comunitario realizados por SEREMIs.

Sus objetivos son socializar los aprendizajes preventivos entre pares y promover ambientes sociales valoradores de la prevención. Se dirige a poblaciones vulnerables: en primer lugar, poblaciones vulnerables prioritarias --hombres que tienen sexo con hombres,(HSH), población trans-género, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas viviendo con VIH/SIDA-- y en segundo lugar, a poblaciones vulnerables emergentes --jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores--.

Se desarrolla mediante estrategias metodológicas educativas centradas en los sujetos, los aprendizajes y las necesidades de aprendizaje, coherentes con el objetivo de que las personas adopten prácticas preventivas, y bajo modalidades que tienen como eje la grupalidad utilizando herramientas y técnicas grupales diversas. Se complementan con materiales educativos diversos.

El nivel grupal/comunitario se desarrolla a través de la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH/SIDA y las ITS (RRIP) que es liderada por la Autoridad Sanitaria (Secretaría Regional Ministerial de Salud) en un trabajo asociado con otros organismos del Estado, organizaciones no gubernamentales, sociales y comunitarias. Se realizan en los niveles locales o territoriales, e intersectoriales. La definición de las poblaciones a las cuales se dirigen los proyectos de prevención del nivel grupal/comunitario surge de una evaluación de situación epidemiológica y de vulnerabilidad frente al VIH e ITS en poblaciones vulnerables prioritarias y emergentes en los niveles regionales y locales. Entre las actividades ejecutadas en la RRIP destacan Talleres, obras de teatro, intervenciones en espacios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y estudios de caracterización de población vulnerable.

En el marco de estos *proyectos intersectoriales* de la Respuesta Regional en Prevención se desarrollan *proyectos focalizados* en mujeres (2006, 2007, 2008 y 2009)⁴⁶; y se desarrollan procesos de validación regionales, de estrategias y materiales de prevención para mujeres en regiones, incorporando especificidades locales. Del mismo modo, se produce y distribuye material educativo para el trabajo de nivel grupal-comunitario con mujeres, dirigidos a diversas poblaciones objetivo.⁴⁷ En este nivel se utiliza también la perspectiva de género para el análisis de situación y orientación del

⁴⁶ Véase Anexo “Lista de proyectos”

⁴⁷ Entre otros, el diseño, producción y distribución nacional de video “Cuidado Compartido”, orientado a la promoción del examen de detección del VIH y del VDRL para Sífilis en embarazadas, folletería específica para Prevención en Mujeres: “Como mujer, yo decido” y “Tienes derecho a tomarte el examen que detecta el virus del SIDA”.

diseño de propuestas locales de prevención entre hombres que tienen sexo con hombres que incluyen a hombres homobisexuales y personas transgénero.

Subcomponente 1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes

La Consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS es una estrategia que apoya a los sujetos directamente en la gestión del riesgo mediante la información, la orientación y el apoyo personalizado. La consejería es una relación de ayuda confidencial entre una persona que se encuentra en una situación tal que requiere de la conversación (de ayuda) con otro, que es competente o capaz de favorecer en él aprendizajes y fortalecer sus capacidades para percibir alternativas, discernir sobre éstas y tomar decisiones, agenciarlas e implementarlas. En el proceso de consejería se busca identificar las barreras que dificultan la prevención; definir y poner en práctica las medidas de prevención más adecuadas para cada situación y mantener las medidas preventivas en el tiempo. La consejería asociada al examen de detección del VIH apoya a la decisión de realizarse o no el examen, refuerza la prevención en el caso de resultados no reactivos y entrega apoyo psicosocial a las personas con resultado positivo.

Opera mediante dos modalidades: *consejería cara a cara* y *consejería telefónica*. La primera se desarrolla en los establecimientos de los Servicios de Salud y en organizaciones sociales con trabajo en el campo del VIH/SIDA y las ITS. Los establecimientos de salud del país cuentan con personal de salud capacitado en consejería, para realización tanto de consejería asociada al examen de detección del VIH (pre y post test) como de consejería para la prevención primaria (prevención de la enfermedad en personas sanas) y secundaria (diagnóstico y tratamiento de personas ya infectadas, con o sin síntomas) del VIH y las ITS.⁴⁸ Las organizaciones sociales con trabajo en el campo del VIH/SIDA y las ITS trabajan con población más vulnerable y personas que viven con el VIH. En este último caso, la consejería está enfocada a la prevención secundaria y a la adherencia a los tratamientos anti-retrovirales y a controles médicos. La segunda modalidad de la Consejería, se desarrolla mediante una línea telefónica (FONOSIDA), de cobertura nacional, anónima, gratuita y confidencial dependiente del Ministerio de Salud. Su objetivo es facilitar a la población de todo el país el acceso a información, orientación y apoyo en relación al VIH/SIDA, respetando los estilos de vida, la libertad de decisión y la autonomía de las personas. Este servicio cuenta con una red de apoyo de cobertura nacional que facilita la derivación de los consultantes a organizaciones especializadas donde reciben información y apoyo a sus demandas. En 2006 FONOSIDA se integró al Servicio Telefónico Salud Responde del Ministerio de Salud.

En el *nivel individual* se incorpora de forma sistemática el enfoque de género en la consejería mediante el Manual de Formación Básica en Consejería para la Prevención del VIH y las ITS, y se contempla el acceso a consejería en prevención de ETS y VIH a las mujeres consultantes de ITS y/o en control de salud sexual.⁴⁹ Este Manual contiene un módulo titulado especializado: *Módulo 5: Consejería para la prevención del VIH y las ITS: Enfoque de género y sexualidad*.⁵⁰

Subcomponente 1.4. Disponibilidad de condones asegurada como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública de salud.

⁴⁸ La consejería puede desarrollarse en el contexto de la oferta o de la solicitud del test de detección del VIH. Es imprescindible que la decisión de realizarse dicho examen sea voluntaria y con consentimiento informado. En 1994, se dictó una norma que establece la obligatoriedad que la entrega de los resultados positivos del examen del VIH sea acompañada de Consejería, la cual debe ser proporcionada por personal debidamente capacitado (Resolución Exenta N° 211, del MINSAL, del 10 de Marzo de 1994). Esta resolución ha sido modificada 20 en febrero de 2001, ampliando esta obligatoriedad a la consejería pre-examen y también a la entrega de resultados negativos; además, se establece la firma de una carta de consentimiento (Resolución Exenta N° 371, del MINSAL, del 2 de febrero de 2001). Finalmente y luego de la promulgación de la Ley 19.779, se legaliza la realización del test VIH, con consejería pre y post, consentimiento informado y voluntariedad.

⁴⁹ Contenidas en el Documento: Normas de manejo y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 2008.

⁵⁰ Véase la versión preliminar del documento técnico MANUAL DE FORMACIÓN BÁSICA EN CONSEJERÍA PARA EL VIH y las ITS; Consejería para la prevención del VIH y las ITS; Consejería para el examen de detección del VIH. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. 2009..

Una de las estrategias de prevención promovida por el Programa Nacional es el uso de preservativo. Esta se dirige principalmente hacia los y las jóvenes en sus procesos de entrada en la sexualidad activa -considerados entre las poblaciones vulnerables emergentes- y a personas y grupos de las poblaciones vulnerables prioritarias en su exposición a la adquisición del VIH e ITS.

El uso del preservativo, en este contexto, ha sido propuesto como una de las estrategias de prevención del Programa, particularmente en la adolescencia y juventud y en personas con conducta de riesgo. Su uso está avalado por estudios de eficacia, incluyendo una revisión sistemática⁵¹ realizada entre los estudios encargados por CONASIDA.

El programa se organiza en dos líneas asociadas entre sí:

1) Entrega a los usuarios(as) del Programa en los establecimientos de la Red Asistencial, en una lógica próxima al nivel individual. Tiene por objetivo lograr un impacto sanitario/epidemiológico en el VIH/SIDA y las ITS, de forma individual, ya que su utilización interviene sobre la cadena de transmisión⁵². Las personas a las que se dirige esta línea se atienden y controlan en establecimientos de la red pública de salud (personas que ejercen el comercio sexual, consultantes por ITS y personas viviendo con VIH/SIDA en control). Las actividades a través de las cuales se hace entrega de preservativos en los establecimientos de la red asistencial se muestran en el cuadro siguiente:

CUADRO 1
ACTIVIDADES SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO EN VIH/SIDA E ITS

ACTIVIDAD	TIPO DE ESTABLECIMIENTO		
	Atención Primaria en Salud (APS)	Unidad de Atención y Control en Salud Sexual (UNACESS)	Centro de Atención de VIH/SIDA
Consulta de Salud Sexual	X	X	
Control de Salud Sexual	X	X	
Consultas de ITS	X	X	
Control de VIH/SIDA			X

Fuente: CONASIDA

2) Entrega a participantes en actividades educativas comprendidas en el nivel grupal/comunitario, a través de los proyectos de la RRIP de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Tiene un objetivo de carácter educativo sobre uso correcto del condón y la negociación sexual para su uso. Tiene como finalidad promover su uso en grupos sociales definidos como de mayor vulnerabilidad según las características epidemiológicas comunales, regionales y nacionales en VIH e ITS.⁵³

La distribución a instituciones y organizaciones, se realiza en el marco de intervenciones en prevención. En el caso de instituciones que tienen programas de prevención (mencionadas en cuadro 2, a continuación) la distribución se realiza como apoyo a la promoción del uso del preservativo en poblaciones vulnerables, propendiendo a que la institución se haga cargo de la compra directa de los preservativos para sus actividades, de manera de ampliar la cobertura de la promoción desde el Ministerio de Salud a otras instancias similares.

Los grupos objetivo y organizaciones con trabajo de prevención en VIH/SIDA prioritarios en las SEREMIS se presentan en el cuadro siguiente:

⁵¹ Efectividad de las estrategias de prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA basadas en la abstinencia, la pareja única y el condón. Revisión Sistemática de la literatura. Miguel Araujo Alonso y colaboradores. CONASIDA, Ministerio de Salud. Diciembre de 2007

⁵² Esta actividad constituye un indicador reflejado en la MML en el ámbito de la entrega de condones

⁵³ Esta actividad no constituye indicador en la MML,dado que se entregan en un entorno no clínico.

CUADRO 2
GRUPOS OBJETIVO EN PREVENCIÓN DE VIH/SIDA

GRUPO OBJETIVO	CANAL DE DISTRIBUCIÓN
Personas con VIH/SIDA	Organizaciones de PVVIH
Jóvenes	INJUV
	Universidades y otros Centros de formación
	ONGs y otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS
Mujeres	Servicio Nacional de la Mujer
Población vulnerable Focalizada	Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con Poblaciones vulnerables (HSH, Personas que ejercen comercio sexual, Mujeres, otras). Acciones educativas SEREMI
Personas privadas de libertad	Gendarmería

Fuente: CONASIDA

Todos los preservativos que se entregan desde el programa son provistos -por lo tanto financiados- desde la Subsecretaría de Salud Pública para lo cual se asigna un presupuesto anual.

En el contexto de su estrategia de accesibilidad al condón como método preventivo de VIH e ITS, el Programa pone a disposición condones como método preventivo de VIH e ITS a las trabajadoras sexuales en control en las Unidades de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS) en establecimientos de la red pública de salud, lo que se ubica en la primera de las líneas de entrega del condón. Asimismo, CONASIDA ha estudiado las condiciones nacionales para la incorporación a la política pública del condón femenino como un complemento del condón masculino. Para ello puso en funcionamiento la Mesa sobre Condón Femenino que coordinó técnicamente los estudios: *Percepción del Condón Femenino*. (2005) y *Aceptabilidad del condón femenino en mujeres de poblaciones vulnerables*. (2008).

Subcomponente 1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH /SIDA e ITS realizadas.

Las actividades de capacitación y asesoría técnica que forman parte del componente de prevención se planifican de acuerdo a diagnóstico de necesidades. Por ello, la primera actividad es la recolección de información sobre necesidades de capacitación en VIH/SIDA e ITS en: SEREMIS y Servicios de Salud, FONOSIDA, otros organismos del Estado con trabajo en Prevención del VIH/SIDA y Organizaciones Sociales en el caso de proyectos conjuntos.

Entre los grupos que participan en las actividades de capacitación se encuentran:

- Funcionarios de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Encargados del programa VIH/SIDA e ITS y encargados de Salud Pública en SEREMIs.
- Funcionarios de los Servicios de Salud y profesionales de la red asistencial. Encargados de VIH e ITS.
- Profesionales médicos, enfermeras y matronas del Servicio de Asistencia Remota (Salud Responde) del MINSAL que entregan información en VIH/SIDA e ITS
- Operadores de la línea FONOSIDA especializados en consejería telefónica en VIH e ITS.
- Otros sectores y actores involucrados en la estrategia de prevención, en la implementación del GES, y en la coordinación para la atención clínica.

Los énfasis de los contenidos están fundamentados en los roles y funciones de los diferentes grupos que participan en la prevención, de modo de diferenciar y priorizar los contenidos, destacando:

- Estrategia de prevención y sus niveles de acción masivo, grupal comunitario, personalizado e intersectorial.
- Diseño y evaluación campañas de comunicación social para la prevención del VIH y las ITS.
- Desarrollo de competencias para el diseño y monitoreo –técnico y financiero-de proyectos en un contexto de intersectorialidad regional.
- Estrategia para la focalización regional de población vulnerable.
- Marcos teóricos para la prevención del VIH y las ITS y conceptos de vulnerabilidad y gestión de riesgo.

- Situación epidemiológica del VIH y las ITS y resultados de estudios actualizados en el tema.
- Modelos y conceptos para la capacitación en Consejería: de formación básica, de actualización, especialización y de formación de formadores.
- Normas que rigen la acción de salud en VIH e ITS en el sector de salud público y privado.
- Avances científicos en el tema
- Modelos de Atención, guías clínicas y protocolos de tratamiento.
- La capacitación a las SEREMIS para dar a conocer las nuevas directrices en lo técnico la hace CONASIDA. Entre los años 2006 y 2007, en que CONASIDA tenía mayor participación en la aprobación y ejecución de los proyectos regionales, esta capacitación consideró los componentes administrativos y de auditoría con objeto de apoyar la gestión de los proyectos y sus aspectos presupuestarios.

Enfoque de género en el Componente Estrategia de Prevención.

Este componente de estrategia de prevención incorpora el enfoque de género en sus diversos niveles. Se encuentra contenido especialmente en el documento técnico: “Evidencias epidemiológicas, comportamentales y culturales a considerar en el abordaje de acciones preventivas del VIH y las ITS en mujeres”, CONASIDA, 2007, (Véase Anexo Complementario) que sintetiza y formaliza la definición de la apropiación institucional del enfoque de género en relación con las mujeres en el campo de la prevención. En cada uno de sus subcomponentes se observa su apropiación de esta perspectiva y las formas específicas en que se la implementa.

Componente 2. “Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada”.

Este componente considera actividades de pesquisa, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS a través de los 4 subcomponentes siguientes:

- 2.1. Atención Clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS.**
- 2.2. Atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente**
- 2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente.**
- 2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizada.**

Los objetivos del programa nacional asociados a la atención integral a personas que viven con VIH (PVVIH) son disminuir la transmisión del VIH/SIDA y las ITS y la discriminación a las personas que viven con VIH y mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de atención de salud de las PVVIH y consultantes por ITS.

El Programa ha desarrollado un Modelo de Atención Integral para la atención de salud a las personas que viven con VIH/SIDA, el cual considera una visión integral del ser humano, en sus dimensiones biológica, psicológica y social, incorporando los avances de la investigación científica para dar respuesta a los requerimientos asociados a la calidad de vida de las PVVIH. Este modelo es implementado a nivel local en los establecimientos de atención por los equipos profesionales de atención a las personas que viven con VIH (PVVIH) de los Servicios de Salud. Los aspectos psicosociales vinculados a las PVVIH se implementan en coordinación con otras instituciones del Estado y organizaciones sociales que trabajan en el tema. Considera, además, los principios de integración y no discriminación social a las personas que viven con VIH como un componente fundamental para avanzar hacia su reinserción social y hacia la construcción conjunta y participativa de la respuesta nacional al VIH/SIDA.

Subcomponente 2.1. Atención Clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS.

Comprende actividades que se desarrollan en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente. El objetivo de las acciones de detección diagnóstico, respaldado en Normas vigentes, depende de la población a la que están dirigidas:

En los donantes de sangre y órganos⁵⁴, se realiza el examen de detección de VIH y de sífilis de acuerdo a la normativa⁵⁵ en forma mandataria como pesquisa para determinar la seguridad de los productos (componentes sanguíneos para transfusión y órganos) y evitar las infecciones transmitidas por éstos. Su objetivo es la entrega de productos seguros

Existe un grupo de personas a las que se les ofrece el examen de detección del VIH, en el marco de la atención clínica definida por el contexto normativo de programas de salud o por situaciones clínicas que lo ameritan. Entre estas personas se encuentran usuarios/beneficiarios de programas de salud y consulta médica; embarazadas; recién nacidos hijos de madres VIH positivas⁵⁶; personas en control por tuberculosis⁵⁷; víctimas de violencia sexual⁵⁸; personal de salud que se haya expuesto a accidentes cortopunzantes de riesgo para la transmisión del VIH⁵⁹; personas en riesgo de adquirir una ITS y que asisten a consulta de salud sexual⁶⁰; consultantes con sintomatología sugerente de ITS⁶¹; personas en control de salud sexual (que ejercen el comercio sexual)⁶²; pacientes en diálisis⁶³; pacientes en los que el médico y/o profesional de la salud indique el examen por signos sugerentes de una infección por VIH o una ITS.

En general se busca acceso a diagnóstico, control y tratamiento oportunos, especialmente en personas con vulnerabilidad.

Asimismo, para prevenir la transmisión vertical de VIH y la sífilis se promueve la realización de exámenes en las embarazadas, cuyo foco es el hijo de esta madre.

El procedimiento para la detección y pesquisa se inicia con la solicitud o con la oferta del examen de detección de VIH al usuario/paciente y a los donantes, continuando con una secuencia de acciones que constituyen los hitos⁶⁴ de los procesos de atención clínica y de vigilancia epidemiológica, los cuales se indican a continuación:

- Consentimiento informado
- Toma de muestra
- Procesamiento de muestra
- Confirmación de examen
- Prueba de identidad
- Entrega de resultados al donante/paciente/usuario
- Etapificación

⁵⁴ Donante: persona que acude a un establecimiento de salud a donar sangre u órganos

⁵⁵ Ley 19.779 y el Decreto N° 182/05 del MINSAL

⁵⁶ Norma de prevención de la transmisión Vertical del VIH, aprobada por Resolución Exenta N° 622 del 17 de Octubre de 2005.

⁵⁷ Manual de Organización y Normas Técnicas, Programa nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud, 2005. Aprobada por Resolución Exenta N° 444 del 4 de agosto de 2005, Ministerio de Salud, Chile.

⁵⁸ "Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual", aprobada por Exenta N° 527/04 del MINSAL.

⁵⁹ "Norma General Técnica N° 48 sobre Manejo post exposición laboral a sangre, en el contexto de la prevención de la infección por VIH", aprobada por el Decreto Exento N° 561 del 7 de marzo del MINSAL.

⁶⁰ Norma de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, aprobada por Decreto Exento N° 424 del 17 de Julio de 2008

⁶¹ Norma de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, aprobada por Decreto Exento N° 424 del 17 de Julio de 2008

⁶² Norma de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, aprobada por Decreto Exento N° 424 del 17 de Julio de 2008

⁶³ Decreto N° 2357 de 2005 y su Modificación Decreto N° 558 de 2001 que "Aprueba Reglamento sobre Centros de Diálisis". Artículo 17. y - Resolución exenta N° 60 de 2007, "Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley 19.966"

⁶⁴ Un hito es un hecho clave y fundamental dentro de un proceso, un punto de control intermedio antes de que el proceso finalice, que tiene asociadas diferentes actividades necesarias para el cumplimiento del proceso. Representan puntos críticos para la continuidad de la atención del usuario/paciente y para su cumplimiento se requiere de todas las acciones asociadas al mismo

- Notificación epidemiológica
- Tratamiento

Si el resultado es reactivo la muestra se envía al ISP para su confirmación, la que es seguida de la prueba de identidad. El resultado positivo se informa al usuario y se le refiere a control para atención integral (subcomponente 2) donde es etapificado para evaluar fase de la infección en la que se encuentra y decidir si requiere o no iniciar tratamiento antirretroviral de acuerdo a normativa⁶⁵. (Véase proceso de producción de este subcomponente)

Subcomponente 2.2. Atención Integral a personas viviendo con VIH/SIDA realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente.

En este subcomponente se desarrolla un conjunto de estrategias, las que se señalan a continuación:

- Elaboración, actualización y difusión del Modelo de Atención Integral, de guías clínicas, protocolos y normas para la atención de PVVIH.
- Atención de salud a PVVIH por equipos profesionales multidisciplinarios en los Centros de Atención de PVVIH, dependientes de los servicios públicos de salud.
- Provisión de tratamientos antirretrovirales (TARV), profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas, según protocolos actualizados, y tratamiento de reacciones adversas provocadas por antirretrovirales.
- Desarrollo de competencias para favorecer la capacidad resolutiva diagnóstica y de monitoreo de la evolución clínica y la calidad de la atención.
- Prevención de la transmisión vertical (de madre a hijo/a) del VIH en caso de mujeres diagnosticadas, mediante tratamiento en tres fases, a saber: embarazo, parto y recién nacido.
- Consejería de apoyo al autocuidado, adherencia a tratamientos antiretrovirales y prevención secundaria.
- Promoción del apoyo psicosocial y no discriminación a las PVVIH.
- Fomento de la participación social de las PVVIH.
- Promoción de estudios e información científica nacional relacionada con la atención integral de PVVIH.
- Capacitación periódica a los equipos de salud.
- Hospitalización en caso que se requiera.

Este subcomponente se enmarca en el apoyo a procesos asistenciales relacionados con profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas, tratamientos antirretrovirales, exámenes de monitoreo y acceso a condones.

Los tratamientos antiretrovirales (TARV) y los exámenes de monitoreo para evaluar aspectos inmunológicos, virológicos y resistencia a los TARV se encuentran garantizados por la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES) para el sector de salud público y privado.⁶⁶ Técnicamente, en la provisión de tratamientos antiretrovirales intervienen las diferentes instituciones del Programa, según las funciones y roles de cada una, para lo cual se realiza una estimación de costos, financiamiento asociado, proceso y plan de compras, se determina la distribución y se mantiene un seguimiento del stock. Asimismo, y en relación al inicio y cambio de las terapias, el Programa, a través de

⁶⁵ Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH. Ministerio de Salud. 2009.

⁶⁶ El acceso a tratamiento antirretroviral (TARV) por parte de las personas que viven con el VIH/SIDA se inicia el año 1993, y en concordancia con los avances científicos logrados hasta ese momento, los tratamientos se basaron en monoterapias, desde 1996, en biterapias y desde 1999, en forma parcial la triterapia. Desde 1997 Chile forma parte de un proyecto del programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, para facilitar el acceso a los medicamentos para el VIH/SIDA⁶⁶, que permite incorporar como esquemas de tratamiento la triterapia alcanzando cobertura del 80%, el año 2000. El 1 de junio de 2003 se alcanzó la cobertura del 100% en el sistema público de salud, con apoyo inicial del proyecto financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Con la incorporación del acceso a tratamiento antirretroviral en las Garantías Explícitas en Salud (Ley 19.966), a partir del 1 de julio de 2005 se compromete la sustentabilidad de cobertura del 100% del tratamiento antirretroviral, y el país asume la totalidad de las necesidades terapéuticas.

CONASIDA, visa las indicaciones terapéuticas con la asesoría técnica del Comité Asesor de VIH, integrado por infectólogos especialistas en VIH/SIDA pertenecientes a establecimientos de la red de atención pública y privada del país.

El Sistema de Salud Pública cuenta con Centros de Atención a Personas que viven con VIH (adultos y niños) que pueden ubicarse en Centros Diagnóstico-Terapéuticos (CDT), Consultorios Adosados de Especialidades (CAE), Unidades de Atención y Control en Salud Sexual (UNACESS), Policlínicos adosados a Hospitales de baja complejidad. En cada uno de esos Centros existe un equipo interdisciplinario encargado de la recepción, diagnóstico, tratamiento y atención continua de los consultantes. Los requisitos generales para que las personas puedan ingresar a los programas de estos Centros de Atención son: a) ser beneficiario/a del Sistema Público de Salud (Fondo Nacional de Salud, FONASA, o el Programa de Reparación en Atención Integral en Salud y Derechos Humanos, PRAIS), b) residir en el sector correspondiente al Servicio de Salud en que se solicita atención o estar inscrito en un establecimiento de atención primaria de la red, c) tener un diagnóstico serológico VIH positivo, confirmado por el Instituto de Salud Pública. La atención incluye el acceso a controles médicos, tratamientos antiretrovirales, exámenes de monitoreo, profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas y tratamiento de las reacciones adversas provocadas por ARV, además del acceso a información para el autocuidado y a preservativos para la prevención secundaria. En el caso de los pacientes con SIDA que presentan infecciones oportunistas y otras enfermedades, que requieran de atención por subespecialistas, estos son derivados para tratamiento al establecimiento asistencial que reúna los requisitos para la atención de la enfermedad que lo está afectando

Para la atención integral, de acuerdo al modelo, se requiere un equipo interdisciplinario de profesionales capacitados, en cantidad adecuada que se calcula de acuerdo a los siguientes estándares:

CUADRO 3 RECURSOS HUMANOS PARA ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH/SIDA

PROFESIONAL	REQUERIMIENTO NORMALIZADO
Médico	1,5 horas semanales por cada 24 personas en control
Enfermera / matrona	1 jornada completa (44 horas semanales) por cada 250 PVVIH en control
Psicólogos	4 horas semanales por cada 100 personas en control
Trabajador social	2 horas semanales por cada 100 personas en control
Químico farmacéutico	22 horas semanales por cada 400 personas en control
Auxiliar paramédico de farmacia	22 horas semanales por cada 400 personas en control
Nutricionista, odontólogo y otros	Según dotación del centro asistencial

Fuente: Modelo de atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. Minsal

De esa manera, las personas viviendo con VIH o con SIDA, tienen acceso, calidad, protección financiera y oportunidad en la atención, lo que significa que se garantiza la disminución en los tiempos de espera para el acceso a la atención y a los medicamentos antiretrovirales⁶⁷ (triterapia) y se garantiza la cobertura de 100%. En tanto las garantías son constitutivas de derechos para los beneficiarios de FONASA e ISAPRES, su cumplimiento podrá ser exigido por los mismos ante las autoridades e instancias que corresponda. Para la profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas

⁶⁷ El inicio de TARV no podrá demorarse más de 35 días desde la solicitud y el cambio de TARV se realizará antes de los 35 días hábiles desde la solicitud.

--si bien no están garantizadas por GES-- FONASA transfiere recursos financieros a los Servicios de Salud para la compra de los medicamentos requeridos.

Apoyo psicosocial a personas que viven con VIH (PVVIH).

Las personas que viven con VIH requieren la implementación de un sistema de apoyo psicosocial que permita atender, entre otros, las siguientes situaciones: a) Impacto de la información del diagnóstico de VIH positivo, b) proceso de vivir con VIH, c) discriminación y/o aislamiento social, por vivir con VIH, d) auto-cuidado y prevención secundaria del VIH, e) adherencia a los tratamientos y controles de salud. Estas situaciones, que vulneran sistemáticamente la calidad de vida de quienes viven con VIH, demandan intervenciones personalizadas, grupales y/o sociales que posibiliten la contención emocional, el manejo de información actualizada y la implementación de conductas de auto-cuidado.

Los Centros de Atención a PVVIH ofrecen servicios de apoyo psicosocial, cuentan con psicólogos, asistentes sociales y personal de salud capacitados en consejería en VIH/SIDA. Las actividades desarrolladas por estos profesionales permiten una atención personalizada para la identificación de conflictos psicológicos y sociales relevantes que se asocian al VIH/SIDA. También es posible el desarrollo de habilidades, personales y grupales, para la implementación de soluciones que se relacionan, entre otros temas, con el diagnóstico y su comunicación voluntaria (por ejemplo a parejas sexuales, familiares); los tratamientos y las exigencias de una alta adherencia; las relaciones de pareja y la prevención secundaria; el cuidado de los hijos; la integración en ámbitos educacionales y laborales, así como el ejercicio de los derechos ciudadanos en general, apoyados por consejería entre pares.

Subcomponente 2.3. Atención a personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente.

En el sistema de salud este subcomponente corresponde a la atención profesional por especialistas en nivel secundario a personas con Infecciones de Transmisión Sexual y personas en control de salud sexual (personas que ejercen el comercio sexual), realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente.

El modelo de atención de las ITS está orientado a:

- Abordar las necesidades de salud de las personas que consultan por una ITS o que perciben riesgo frente a estas infecciones.
- Prevenir la transmisión vertical de la sífilis (de la madre al hijo/a) evitando la sífilis congénita.
- Fomentar el control de salud de las personas que ejercen el comercio sexual para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de las ITS.

Las actividades de diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento se encuentran respaldadas por el Código Sanitario y el Reglamento de Infecciones de Transmisión Sexual para asegurar el tratamiento en beneficio de la persona y para interferir en la cadena de transmisión.

La atención a consultantes de ITS es realizada por médicos especialistas, matronas o enfermeras en el nivel secundario, mediante sistema de referencia (desde el nivel primario) y contrareferencia (devolución al nivel primerio) o por demanda espontánea. La atención considera exámenes de detección, tratamiento y seguimiento de las ITS más frecuentes: sífilis, gonorrea, herpes, condilomas, chlamydias.

Esta atención es gratuita en el sistema público de salud para todas las personas que lo requieran, dado que, de acuerdo al Código Sanitario, estas patologías son consideradas un problema de salud pública.

Hasta el año 2007 la estructura básica de atención en ITS se desarrollaba en "Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual" (CETS) existentes en el Sistema de Salud. A partir del 2008

los CETS son sustituidos por “Unidades de Atención y Control de Salud Sexual” (UNACESS) integradas en las especialidades ambulatorias y coordinada con la red de atención primaria y con la atención hospitalaria.

La Unidad de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS), es la unidad de atención de especialidad ambulatoria, que puede formar parte de un Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), de un Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) o un Centro de Referencia en Salud (CRS). Actúa como unidad de consulta espontánea, y de referencia de especialidad ambulatoria en el manejo y control de las Infecciones de Transmisión Sexual para toda la Red Asistencial. De acuerdo a cada realidad particular puede existir una o más Unidades locales (UNACESS local), dentro del área geográfica del Servicio de Salud correspondiente. Sin embargo, la responsabilidad de la referencia y resolutividad deberá asignarse sólo a la Unidad principal, donde se encuentra el equipo de salud especializado. La unidad principal en su calidad de unidad especializada se constituye en el referente técnico de los temas relacionados con el manejo y control de las infecciones de transmisión sexual en los sectores público y privado de salud del área geográfica correspondiente, y requiere mantener coordinación y contacto permanente con las diferentes instancias relacionadas con las ITS en sus aspectos clínicos, preventivos y psicosociales.

El tipo de manejo de las patologías tanto en la UNACESS, como en la Atención Primaria es principalmente etiológico, pero también se hace manejo sindrómico frente a sospecha diagnóstica mientras se espera el resultado de los exámenes o cuando existe el riesgo que el/la consultante no acuda a control.⁶⁸ Cada Servicio de Salud puede realizar manejo sindrómico de las ITS, según los recursos disponibles, para facilitar el acceso oportuno al tratamiento, especialmente en aquellos que por distribución geográfica quedan aislados del Centro de Salud más cercano. Será responsabilidad del Gestor de Redes preocuparse de realizar la capacitación y formación correspondiente de manera coordinada con la UNACESS.

La Unidad de Atención y Control de Salud Sexual debe coordinarse con todos los establecimientos de la Red Asistencial a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia:

- Establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), para implementar mecanismos y procedimientos que faciliten el acceso a la atención, el tratamiento oportuno y la derivación a la UNACESS en caso necesario.
- Establecimientos Hospitalarios, especialmente para la atención relacionada con la prevención y tratamiento de la sífilis congénita (maternidad, neonatología, pediatría); con el tratamiento de complicaciones de algunas ITS, especialmente en Personas que viven con VIH (PVVIH); con la profilaxis de ITS en personas víctimas de violencia sexual que han sido atendidas en Servicios de Urgencia y con referencia y contrarreferencia.
- Laboratorios, Bancos de Sangre e Instituto de Salud Pública (ISP), para la realización de exámenes y entrega oportuna de resultados y para la vigilancia de resistencia a antibióticos.
- Servicios de Salud, para seguimiento de casos (en el sistema público y en el privado); para capacitación de los equipos de atención y para actividades de asesoría técnico-administrativa.
- Seremi de Salud para la vigilancia epidemiológica, para asesoría técnica para la prevención y para prevención en grupos focalizados.
- MINSAL, para asesoría técnica.
- Sector privado de salud según proceda.

⁶⁸ Las ITS se pueden clasificar tomando en consideración diferentes aspectos como el agente causal, la patología que produce o los síntomas asociados, pudiendo agruparse varias patologías bajo un conjunto de síntomas. Esta característica ha permitido el desarrollo de dos estrategias de abordaje diferente, el Manejo Etiológico y el Manejo Sindrómico. Esto con el propósito de favorecer el tratamiento oportuno de estas infecciones. Se denomina Manejo Etiológico al tratamiento que se brinda cuando hay certeza absoluta del agente causal de la infección, y Manejo Sindrómico al tratamiento que se otorga basándose en la clasificación de las patologías en grupos sindrómicos de acuerdo a sus manifestaciones clínicas. Este manejo se recomienda cuando no existen posibilidades de llegar a un diagnóstico etiológico o se tiene certeza de que la persona que consulta, no volverá a control.

Subcomponente 2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizada.

El Programa planifica las actividades de capacitación en base a diagnóstico de necesidades y en función de los roles de las personas a capacitar.

Esta capacitación se realiza tanto a encargados de la temática y profesionales de los Servicios de Salud, como a los profesionales de los equipos de atención de los establecimientos asistenciales. También ha considerado a representantes de organizaciones sociales al ejecutar proyectos asociativos para prevención secundaria.

Algunas de las temáticas centrales que se abordan en las capacitaciones son:

- Situación Epidemiológica del VIH y las ITS.
- Modelos de atención actualizados.
- Normativa nacional y guías clínicas para la atención del VIH e ITS.
- Estrategias y avances para la atención en base a evidencia científica.
- Resultados de estudios nacionales e internacionales (entre ellos, impactos de tratamientos).
- Estrategias de gestión para los centros de atención y la implementación del GES.
- Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos.

Enfoque de género en el componente de atención integral

El enfoque de género se incorpora en el Componente Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS en las actividades en que se desenvuelve.

La atención para hombres y mujeres que viven con VIH en el sistema Público de Salud está instalada en todo el país. El enfoque de género está incorporado en la Consejería de apoyo a la adherencia a tratamientos en tanto considera los elementos facilitadores y/u obstaculizadores para hombres y mujeres respecto a mantenerse adherentes a la terapia acordada con su médico tratante. También se encuentra incorporada en el análisis de la situación relacionada con la negociación y el uso del preservativo por personas que viven con VIH.

Además de la oferta del examen de detección del VIH asociado a la evaluación del riesgo personal, para hombres y mujeres, las metas de cobertura de medicina preventiva establecen la oferta del Test de Elisa a las embarazadas a partir del segundo control de embarazo, con consejería y consentimiento informado. En forma complementaria la Norma de Prevención de Transmisión Vertical del VIH⁶⁹, establece el protocolo de prevención de transmisión vertical con tratamiento en tres fases: embarazo, parto y recién nacido. A las mujeres sin control de embarazo se ofrece el test rápido a su ingreso a la maternidad. Las embarazadas VIH positivas, confirmadas por el Instituto de Salud Pública (ISP), deben continuar sus controles de embarazo en centros de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) e iniciar atención por VIH en el Centro de Atención Integral del Servicio de Salud que corresponde. En relación con las ITS, el Programa asegura el acceso de las embarazadas a los exámenes diagnósticos de sífilis en el sector público y privado y el tratamiento destinado a la prevención de la transmisión vertical.

Se han constituido equipos de trabajo regionales para analizar la situación de la atención de salud de las embarazadas (comités de eliminación de sífilis congénita). Desarrolla un trabajo asociado con área de género de VIVOPOSITIVO para la promoción de derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) y salud de mujeres viviendo con el VIH (MVVIH) --3 proyectos en seis regiones 2003-2004; realiza capacitación en liderazgo y DDSSRR a MVVIH; ha producido y distribuido la revista "Vamos Mujeres que se Puede" (2005); desarrolla el programa de formación Integral de MVVIH para la implementación de 7 planes regionales (2006-2007). También se han desarrollado en 13 regiones del país, trabajos asociados con VIVO POSITIVO y otros organismos estatales, ejecutando proyectos

⁶⁹ Norma N° 81, aprobada por Resolución Exenta N° 622 del 17.10.2005

de promoción de la no discriminación a personas que viven con VIH en los ámbitos escolares y laborales (2006 y 2007), que incorporan el enfoque de género. Del mismo modo, asegura la gratuitidad en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres consultantes de ITS y asegura la atención de salud sexual a mujeres trabajadoras sexuales; asegura acceso a condones para las trabajadoras sexuales que están en control; ofrece acceso a consejería en prevención de ITS y VIH a las mujeres consultantes de ITS y/o en control de salud sexual. (Para mayor información, véanse Anexos Complementarios 3: Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH 2009; 4: Modelo de atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA; 5: Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA y 6: GES en VIH).

Componente 3. Vigilancia Epidemiológica y Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda

El control del VIH/SIDA y las ITS se basa en la vigilancia epidemiológica permanente de acuerdo a sistema de vigilancia adoptado por el Ministerio de Salud, actividad que provee información sistemática y permanente. Del mismo modo, el Programa desarrolla estudios y difunde sus resultados para apoyar decisiones con base en evidencias socioculturales, epidemiológicas, económicas y clínicas del VIH/SIDA y las ITS.

Este componente considera los siguientes dos subcomponentes:

- 3.1 Seguimiento epidemiológico del VIH/SIDA e ITS realizado y difundido, cuando corresponda.
- 3.2 Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos, cuando corresponda.

Subcomponente 3.1. Seguimiento epidemiológico del VIH/SIDA realizado y difundido cuando corresponda.

La vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA e ITS, es responsabilidad desde 2005 del Departamento de Epidemiología⁷⁰ de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública. En la producción de este componente también participa el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) de igual dependencia, encargado del registro y procesamiento de la información estadística.

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

La red de vigilancia epidemiológica está conformada por:

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

El Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles⁷¹ establece (artículo 9) que el VIH/SIDA es una enfermedad de notificación obligatoria universal diaria que debe ser notificada a la Secretaría Regional Ministerial de Salud. En virtud de esta disposición todo establecimiento asistencial, público o privado en que se diagnostica un caso de VH/SIDA debe notificarlo, y agrega (artículo 6) que será obligación de todos los médicos cirujanos, que atienden enfermos en establecimientos asistenciales, sean públicos o privados en que se proporcione atención ambulatoria, notificar las enfermedades de declaración obligatoria. El VIH y el Treponema pallidum (agente de la

⁷⁰ La vigilancia del VIH/SIDA y de las ITS fue llevada a cabo por CONASIDA hasta abril de 2005, fecha en que la función fue traspasada al Departamento de Epidemiología (Ord. N° B51/1395, 19 abril 2005), realizándose modificaciones a los sistemas existentes.

⁷¹ Decreto N° 182, de 2005, de Ministerio de Salud

sífilis) son, además, agentes sujetos a vigilancia de laboratorio,⁷² debiendo enviarse la muestra acompañada de formulario ad hoc de acuerdo a normativa vigente,⁷³ que establece que toda muestra reactiva debe ser enviada al ISP para confirmación.

La normativa establece la obligatoriedad de notificación y registro de casos. También se encuentra regulado el procedimiento de examen para la detección del (VIH)⁷⁴, considerando la notificación obligatoria que debe realizarse, luego de la confirmación del ISP y el ingreso del paciente a la atención integral, dado que la notificación de caso incluye la etapificación clínica e inmunológica lo que permite una notificación con precisión de la etapa en que se encuentra el paciente, VIH o SIDA. Con respecto a las ITS, los establecimientos deben notificar a la Autoridad Sanitaria (Secretaría Regional Ministerial de Salud) todos los casos de Gonorrea y Sífilis (notificación universal) en tanto las otras ITS, solo deben ser notificadas en los establecimientos definidos como “centinela” para ITS, que notifican, sólo para efectos de vigilancia, todas las patologías diagnosticadas. Durante el año 2007 el Departamento de Epidemiología inició la revisión de la vigilancia centinela en la infección por chlamydia e infección por virus papiloma, dadas sus implicaciones clínico-epidemiológicas.

El proceso de vigilancia se inicia con la notificación de un caso confirmado de VIH /SIDA, a través del Boletín de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)⁷⁵ a la autoridad sanitaria regional que verifica, procesa y analiza la información proveniente de todos los establecimientos asistenciales (públicos y privados) de la región. Los Servicios de Salud deben asegurar que la información proveniente de los establecimientos de su jurisdicción llegue a la autoridad regional de manera oportuna y con la calidad adecuada. Finalmente, la información se envía desde la Seremi al Ministerio de Salud, donde se integra para entregar la visión nacional. En cada una de estas instancias se realizan una serie de procesos y actividades que representan los hitos del proceso.

La red de vigilancia se desarrolla en tres niveles cuyos roles y responsabilidades están claramente establecidos:

- Nivel de vigilancia local: establecimiento de salud públicos y privados
- Nivel de vigilancia regional: SEREMI
- Nivel de vigilancia país: Ministerio de Salud

(Para mayor información, ver Anexo Complementario 7: Proceso de Vigilancia epidemiológica).

Subcomponente 3.2. Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos, cuando corresponda.

El Programa desarrolla estudios y difunde sus resultados para apoyar decisiones con base en evidencias socioculturales, epidemiológicas, económicas y clínicas del VIH/SIDA y las ITS.

El programa planifica la realización de estudios e investigaciones que permiten medir el estado de la sociedad chilena -poblaciones y grupos- en materia de conocimientos sobre formas de transmisión y de prevención, transformaciones en comportamientos sexuales, prácticas de prevención, uso de condón, orientaciones normativas en relación al VIH/SIDA y las ITS; condiciones y calidad de vida de las PVVIH, entre otros. Además, el programa realiza estudios para evaluar las intervenciones y políticas implementadas.

Este proceso se lleva a cabo en coordinación con otros departamentos del Ministerio, otros sectores del gobierno, entidades académicas y organismos no gubernamentales y agencias internacionales.

⁷² Decreto Supremo 158 del 22/10/2004

⁷³ Decreto Nº 182, de 2005, de Ministerio de Salud

⁷⁴ La vigilancia del VIH/SIDA y de las ITS fue llevada a cabo hasta abril de 2005 por la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), a partir de esa fecha, la función fue traspasada al Departamento de Epidemiología (Ord. Nº B51/1395, 19 abril 2005), que realiza modificaciones a los sistemas existentes.

⁷⁵ Circular B51/18 del 21 de marzo de 2007

Asimismo, difunde documentos utilizando información disponible actualizada generada por fuentes internacionales y nacionales que dan cuenta de la situación de las ITS y de la epidemia VIH/SIDA y sus factores condicionantes.

Enfoque de Género en el Componente Vigilancia Epidemiológica y Estudios en VIH/SIDA e ITS.

En el componente, el Programa contempla de forma sistemática el sexo en los registros institucionales de información estadística, así como la realización de investigación sobre las mujeres y el VIH/SIDA e ITS mediante estudios basados en enfoques cualitativos y encuestas, como herramientas fundamentales para el diseño de intervenciones destinadas a reducir tales vulnerabilidades. El hecho que CONASIDA sea un organismo que produce conocimiento en su campo, le permite incorporar en su programación investigaciones sobre las mujeres como población de estudio, y/o el género como uno de sus objetos de estudio cuando investiga a otras poblaciones.

Desarrolla estudios especializados que abordan a las mujeres como una población vulnerable emergente en Chile, por tanto estudian su exposición al VIH y las ITS, y desarrolla otros estudios que abordan a las mujeres que viven con el VIH (MVVIH) en particular en relación con su salud y derechos sexuales y reproductivos. CONASIDA produce conocimiento mediante investigaciones básicas y mediante la producción de conocimiento más próxima a una lógica de investigación y desarrollo a través de evaluaciones. Del mismo modo, ha producido un conjunto de documentos técnicos orientados a proveer de antecedentes, fijar criterios y abordajes relativos a la inclusión de las mujeres. Entre otros, Antecedentes estratégicos de prevención destinadas a mujeres (2007), Evaluación de la implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH (2007), Guía clínica de atención a PVVIH con diferenciación de género.

Componente 4. Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida.

Este componente considera las siguientes áreas o subcomponentes:

- 4.1. Participación y asociatividad con la sociedad civil.
- 4.2. Acuerdos y Convenios con otros Sectores del Estado.
- 4.3. Relaciones y Compromisos Internacionales.

4.1. Participación y asociatividad con la sociedad civil.

Chile ha definido y desarrollado una respuesta participativa y asociativa a los desafíos planteados por la epidemia, que integra al Estado, las Organizaciones no Gubernamentales, asociaciones de PVVIH y otros actores, organizaciones comunitarias, movimientos de la sociedad civil, centros académicos y sociedades científicas.⁷⁶ (Para mayor información, ver Anexo Complementario 8: Participación ciudadana).

4.2. Acuerdos y Convenios con otros Sectores del Estado.

Dado el hecho que el VIH/SIDA y las ITS se vinculan a condiciones de vulnerabilidad de personas y grupos en la sociedad, y que sus efectos y consecuencias para las personas, para el Estado y la sociedad en general son múltiples y conciernen no sólo al ámbito de la salud, su respuesta debe ser asumida por el Estado y la sociedad en su conjunto.

La colaboración intersectorial tiene como objetivos sensibilizar y articular áreas de colaboración entre distintos organismos del Estado en función de relevar, potenciar, ampliar y asegurar sostenibilidad a la respuesta nacional al VIH/SIDA y las ITS, así como alcanzar el cumplimiento de metas y compromisos internacionales. La política de intersectorialidad ha sido concebida como colaboración

⁷⁶ Entre 2003 y 2008 se desarrolla en Chile titulado "Aceleración y profundización de la respuesta nacional intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile", financiado por el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Las entidades responsables fueron la Comisión Nacional de SIDA, la Asamblea de Organizaciones Sociales y ONG's con trabajo en VIH/SIDA (ASOSIDA) y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH / SIDA (VIVO POSITIVO).

bilateral entre el Ministerio de Salud y otros sectores y organismos del Estado. Este diseño (basado en la colaboración con el sector salud) constituye un tipo particular de concepción de la intersectorialidad, en el que cada uno de los sectores no asume para sí una responsabilidad propia y específica sobre aquellos aspectos con directa relación con la existencia y/o impacto de la epidemia del VIH/SIDA y las ITS, y que no contempla instancias de coordinación multisectoriales y conducción supra-sectoriales. Tal es el caso, a modo de ejemplo, del Ministerio de Educación

El MINSAL establece áreas de colaboración y coordinación interministerial en el ámbito de la prevención con otros niveles de la estructura del Estado mediante convenios marco y acuerdos de trabajo. Esto en la actualidad se da con el Ministerio de Justicia (con Gendarmería), Instituto Nacional de la Juventud, Servicio Nacional de la Mujer, Ministerio de Educación.

4.3. Relaciones y Compromisos Internacionales.

La cooperación y relaciones internacionales se organiza y desarrolla en dos ámbitos: el primero, la Política de relaciones internacionales globales y regionales, y segundo, la cooperación técnica global y regional, con o sin recursos financieros frescos.

Las relaciones internacionales globales y regionales se llevan a cabo fundamentalmente en el marco del Grupo Temático de ONUSIDA (GTO), formado por las Agencias del Sistema de Naciones Unidas con presencia en el país, que presta asistencia técnica a los diversos actores de la Respuesta Nacional. Participa el Programa, a través de CONASIDA y organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA.

El Estado de Chile ha suscrito un conjunto de compromisos y acuerdos de colaboración a nivel de la comunidad internacional, a cuyo cumplimiento contribuye el Programa nacional, entre los que se encuentran:

- **Metas de Desarrollo del Milenio**, a ser cumplidas al 2015. Chile asumió las Metas del Milenio globalmente, incluyendo aquellas relativas al Sector Salud y al VIH/SIDA.
- **Compromisos UNGASS**. Chile también suscribió los Compromisos acogidos a partir del llamado de Naciones Unidas con ocasión de la Asamblea Extraordinaria sobre SIDA, (UNGASS) realizada en 2001 y ratificado por Chile en la revisión de los avances mundiales en Naciones Unidas en 2006, en el cual los países se comprometieron a cumplir distintas metas relacionadas con la prevención y atención del VIH/SIDA, así como a luchar contra la discriminación y la ampliación de la participación social e intersectorial en la respuesta a la epidemia.
- **Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y El Caribe. “Previniendo con Educación”**. El 01 de agosto de 2008 se celebró en la Ciudad de México la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y El Caribe, donde los Estados, entre ellos Chile, firmaron compromisos entre los ministerios de educación y salud de la región, para prevenir la transmisión del VIH a través de la educación sexual y establecer alianzas y redes regionales de cooperación.
- **UNITAIDS (Iniciativa Internacional de las Naciones Unidas para facilitar la compra de antiretrovirales para el tratamiento del SIDA)**. Esta iniciativa, creada en 2006, busca asegurar el acceso a los medicamentos antiretrovirales a países en desarrollo, dando cuenta de un principio de solidaridad y cooperación horizontal como parte de la lucha mundial contra el hambre y la pobreza. En este contexto Chile, a través de CONASIDA, fue uno de los 5 países fundadores, participó en los lineamientos técnicos de la iniciativa, cuyos fondos van principalmente a los países de ingreso bajos.
- **Iniciativa del Mercado Común del Sur (MERCOSUR)**. En esta instancia Chile participa como Estado Asociado en la Comisión Intergubernamental de VIH/SIDA, que desarrolla iniciativas que abordan los desafíos comunes en la subregión.

- **Convenio Hipolito Unanue, Comunidad Andina de Naciones.** Chile forma parte el Comité Técnico Andino en VIH/SIDA. En esta instancia se desarrollan iniciativas que abordan los desafíos comunes en la subregión.

En el plano de la cooperación técnica, el Programa participa de las siguientes iniciativas: UNITAIDS (Iniciativa Internacional de las Naciones Unidas para facilitar la compra de antiretrovirales para el tratamiento del SIDA); Iniciativa del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y el Convenio Hipolito Unanue, Comunidad Andina de Naciones.

(Para mayor información, véase Anexo Complementario 9: Aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y de la Declaración política sobre el VIH/SIDA. Progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y de la Declaración política sobre el VIH/SIDA. Informe del Secretario General. Tema 41 del programa. Sexagésimo tercer período de sesiones. Asamblea General. 7 de abril de 2009. Naciones Unidas A/63/812).

El cuarto componente considera el **enfoque de género**, como puede observarse a continuación:

En participación y asociatividad con la sociedad civil se ha desarrollado el Proyecto de Fomento del liderazgo y participación social de Mujeres que viven con VIH, que formula e implementa diversas estrategias y acciones destinadas a este fin; participan mujeres de las organizaciones que integran la red de VIVO POSITIVO.

En acuerdos y convenios con otros sectores del Estado se ha desarrollado un convenio marco con el Servicio Nacional de la Mujer, destinado a desarrollar líneas de intervención dirigidas a mujeres. También se establecen Acuerdos de trabajo en mesas de trabajo en prevención del VIH en las regiones del país.

En Relaciones y Compromisos Internacionales en materias de VIH e ITS no resulta sencillo establecer la existencia plena del enfoque de género. En las Metas de Desarrollo del Milenio, la meta relativa al incremento en el uso del preservativo en población juvenil y su indicador no distinguen a hombres y mujeres, a pesar que se refieren genéricamente a poblaciones que incluyen a ambos. En sentido contrario, la inclusión de la disminución del VIH en la embarazada es expresiva de tal enfoque.

1.6. Procesos de producción de los componentes

A continuación se presentan en “cuadros resumen” los procesos de producción para componentes y subcomponentes.

COMPONENTE 1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva

Subcomponente 1.1. Campañas de Comunicación Social Educativa realizada

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Análisis de antecedentes : epidemiológicos, sociocomportamentales, contexto político y sociocultural, información científica, evaluaciones de campañas previas	1 mes	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Departamento epidemiología Departamento de Estadísticas e Información de Salud	NO
Elaboración y solicitud presupuesto	Presupuesto aprobado al iniciar el año	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades,		NO
Aprobación y disposición de recursos financieros	Presupuesto aprobado al iniciar el año	Ministerio de Hacienda Subsecretaría de Salud Pública	DIFAI	NO
Constitución de Grupo de Gestión y Coordinación de Campaña	1 mes	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Organizaciones de la Sociedad Civil que integran Grupo de Gestión y Coordinación (ASOSIDA y VIVO POSITIVO) ⁷⁷	
Diseño de Orientaciones y Bases técnicas para licitación de productos de campaña	5 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades y Departamento de Comunicaciones MINSAL	Gabinetes Ministro y Subsecretaria de Salud Pública	NO
Licitación diseño, producción y elaboración de plan de Medios		CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Asesoría Jurídica Departamento de Finanzas y Administración Interna	NO
Elaboración Brief y documentación		CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	Organizaciones de la Sociedad Civil que integran Grupo de Gestión y Coordinación (ASOSIDA y VIVO POSITIVO) ⁷⁸ .	SI
Diseño preliminar		Agencia Publicitaria	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	SI
Coordinación y acuerdos sobre propuesta		CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	Gabinetes Ministro y Subsecretaria de Salud Pública Agencia Publicitaria Organizaciones de la Sociedad Civil que integran Grupo de Gestión y Coordinación (ASOSIDA y VIVO POSITIVO) ⁷⁹ .	NO

⁷⁷ La participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil (ASOSIDA y VIVO POSITIVO) se concretó entre los años 2006 y 2007 a través del Grupo de Gestión y Coordinación de la Campaña de Comunicación Social con expresión nacional y regional y en las diferentes etapas de producción de las mismas.

⁷⁸ Idem anterior

⁷⁹ Idem anterior

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Aprobación técnica piezas publicitarias		Autoridades MINSAL CONASIDA, Departamento de Comunicaciones MINSAL y Grupo de Gestión y Coordinación.	Organizaciones de la Sociedad Civil que integran Grupo de Gestión y Coordinación (ASOSIDA y VIVO POSITIVO) ⁸⁰ .	NO
Producción off – line	1 mes	Agencia Publicitaria		SI
Licitación Pre testeo población objetivo	1 mes	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Asesoría Jurídica Departamento de Finanzas y Administración Interna	SI
Pre testeo población objetivo	1 mes	Empresa externa	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	SI
Adecuación propuesta post testeo	15 días	Agencia Publicitaria	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	NO
Aprobación Autoridades Gubernamentales	1 mes	Secretaría General de la Presidencia	Ministro CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	NO
Producción	1 mes	Agencia productora	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	SI
Contratación de emisión y difusión	2 meses	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Asesoría Jurídica Departamento de Finanzas y Administración Interna	NO
Contratación operadores extras FONOSIDA	1 mes	CONASIDA	División de Prevención y Control de Enfermedades.	SI
Licitación de impresión de soportes comunicacionales	1 mes	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Asesoría Jurídica Departamento de Finanzas y Administración Interna	NO
Impresión de soportes comunicacionales	15 días	Empresa externa	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	SI
Elaboración y distribución de orientaciones técnicas a SEREMIS de Salud para desarrollo de campañas regionales de Comunicación social en coherencia con el proceso a nivel central.	15 días	CONASIDA	NO	NO
Emisión	1 mes	Medios de comunicación masiva	NO	SI

⁸⁰ Idem anterior

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
		(TV, radios, otros)		
Monitoreo	1 mes	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL Empresa que elabora Plan de Medios	NO	SI
Licitación de evaluación campaña	1 mes	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL	División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Asesoría Jurídica Departamento de Finanzas y Administración Interna	NO
Evaluación	2 meses	CONASIDA y Departamento de Comunicaciones MINSAL Empresa externa	División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Asesoría Jurídica Departamento de Finanzas y Administración Interna	SI

SUBCOMPONENTE 1.2. Proyectos de prevención del Nivel Grupal–comunitario realizados por SEREMIS

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Evaluación de situación epidemiológica y de vulnerabilidad frente al VIH e ITS en poblaciones vulnerables prioritarias y emergentes.	12 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Departamento Epidemiología, Departamento Estadísticas e Información de Salud	SI
Propuesta de profundización de la estrategia nacional de prevención primaria del VIH/SIDA y las ETS en poblaciones vulnerables a partir de evaluación de poblaciones Prioritarias y Emergentes	3 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Incorporación de eje sobre Poblaciones vulnerables focalizadas en orientaciones para la Respuesta Regional Integrada del Plan de Salud Pública Regional	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Elaboración y solicitud presupuesto anual para la Respuesta Regional Integrada.	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	MINSAL	NO
Aprobación y disposición de recursos financieros anuales para la RRIP.	4 meses	Ministerio de Hacienda Subsecretaría de Salud Pública	Departamento de Finanzas y Administración Interna	NO
Elaboración y distribución de Orientaciones Técnicas anuales para la Respuesta Regional Integrada para la prevención del VIH y las ITS (RRIP), incorporando el trabajo intersectorial y con la sociedad civil en las regiones.	2 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Elaboración propuesta técnica y presupuestaria de la RIPP, en el marco de Planes de Salud Pública de las SEREMIS	1 mes	Secretarías Regionales Ministeriales de Salud	Intersector y organizaciones sociales participantes	NO
Evaluación de proyectos regionales presentados por regiones a la RRIP.	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Distribución, transferencia de recursos financieros para ejecución de proyectos aprobados. (Proceso cambia en 2009)	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Departamento de Finanzas y Administración Interna	NO	NO
Implementación de proyectos aprobados en cada región.	6 meses	Seremis de Salud, Intersector y organizaciones sociales participantes.	Dependiendo del tipo de proyecto	SI
Monitoreo de la ejecución de la RRIP	6 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Evaluación anual de la RRIP	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Departamento de Finanzas y Administración Interna	NO

SUBCOMPONENTE 1.2.1. Material educativo de apoyo a la prevención primaria y secundaria de VIH e ITS

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Elaboración de material educativo	3 meses	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Otras instancias dependiendo del material	NO
Validación y ajuste de contenidos técnicos	2 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Otras instancias dependiendo del material, por ejemplo la sociedad civil destinataria vulnerable	NO
Licitación, Diseño e Impresión del material	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Finanzas y Administración Interna, Departamento de Asesoría Jurídica	SI dependiendo de la fuente de financiamiento	SI
Diseño del material	2 meses	Empresa licitada	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	SI
Impresión del material	1 mes	Empresa licitada	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	SI
Difusión	Variable	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	SEREMIS de Salud Organizaciones de la Sociedad Civil.	SI

SUBCOMPONENTE 1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes

1.3.1 Nivel individual: consejería cara a cara

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Diseño, validación y ajuste del Modelo de capacitación en consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención primaria del VIH e ITS, en base a Evaluación Nacional de Consejería (2004).	1 año	FLACSO	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	SI
Capacitación de formador de formadores en consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención primaria del VIH e ITS en las 13 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y 28 Servicios de Salud	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades.	NO	SI
Elaboración y distribución de Orientaciones Técnicas para la Consejería en el marco de la Respuesta Regional Integrada de Prevención y las mesas regionales de consejería	1 mes	CONASIDA	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	NO
Ejecución de la consejería	permanente	Establecimientos de la Red de S. De Salud	SEREMI y S de Salud	NO
Informe Actualizado de la situación nacional de consejeros/as en prevención primaria del VIH e ITS en la red nacional del sistema público y diagnóstico de necesidades de capacitación	4 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	NO	NO
Rediseño del Modelo de Formación Básica en Consejería, que diferencia la aquella a asociada al examen de detección y aquella destinada a la prevención primaria del VIH.	6 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	NO	NO
Elaboración y distribución de Orientaciones técnicas para la Capacitación descentralizada para la formación de personal capacitado en consejería las Regiones con el Modelo rediseñado dentro del marco plan de 90 días	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	Seremis	NO
Evaluación de capacitación descentralizada, en el marco del Plan de 90 días.	3 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades		NO

1.3.2 Nivel individual consejería telefónica: FONOSIDA

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Análisis y definición de incorporación de FONOSIDA al Servicio de Asistencia Remota del MINSAL	6 meses	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Servicio de Asistencia Remota del MINSAL	NO
Capacitación de profesionales enfermeras y matronas del Servicio de Asistencia Remota del MINSAL en VIH/SIDA e ITS	2 semana	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Licitación pública para contratación de operadores/consejeros telefónicos en VIH/SIDA e ITS	2 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	Dpto. Asesoría Jurídica Dpto. de Finanzas y Administración Interna	NO
Contratación consultora para selección de operadores	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	Dpto. Asesoría Jurídica Departamento de Finanzas y Administración Interna	NO
Selección de operadores	3 semanas	Consultora para selección de operadores	Comisión Nacional del SIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	SI
Contratación de operadores	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	Dpto. Asesoría Jurídica Dpto. de Finanzas y Administración Interna	SI
Planificación y Operación Servicio	Anual	CONASIDA; Asistencia Remota del MINSAL		NO
Incorporación de ficha de registro de llamada en sistema de información MINSAL	2 semanas	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, División de Planificación Sanitaria	Departamento de Estadísticas e Información de Salud.	NO
Análisis anual de datos de ficha de registro de llamada en sistema de información MINSAL y análisis en períodos de emisión de campañas de comunicación social	1 semana	CONASIDA División de Prevención y Control de Enfermedades	NO	NO
Reporte de fecha, horario, (Nº de llamadas contestadas/ Nº total de llamadas)*100 Duración de la llamada, tiempo de demora para la atención	1 día	ENTEL	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	SI
Monitoreo operación línea FONOSIDA según reportes de Salud Responde.	1 mes	ENTEL	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	SI
Revisión y aprobación de informes de actividades mensuales de los operadores	4 horas	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades	NO	NO
Reuniones técnicas trimestrales con operadores	12 horas	CONASIDA	NO	NO

SUBCOMPONENTE 1.4. Disponibilidad de condones asegurada como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red de salud pública

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Estimación de requerimientos anuales de acuerdo a Norma ITS y necesidades estimadas de SEREMIS y Servicios de Salud para la entrega a usuarios de la Red Asistencial y participantes de proyectos de prevención.	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	SEREMIS Y Servicios de Salud	NO
Elaboración y solicitud de presupuesto anual	2 semanas	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Aprobación y disposición del presupuesto anual	4 meses?	Ministerio Hacienda	Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL	
Plan de compras y Términos de referencia de la compra	15 días	CONASIDA	División de Prevención y Control de Enfermedades.	
Ordinario a CENABAST	1 semana	Comisión Nacional del SIDA	División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	
Preparación licitación	1semana o más	CENABAST		
Publicación de la licitación	Hasta 1 mes	CENABAST		
Cierre proceso convocatoria y apertura de las ofertas	1 día	CENABAST		
Validación jurídica de las ofertas	No regulado	CENABAST		
Validación técnica de las ofertas	1 día	Comisión Nacional del SIDA, CENABAST		
Adjudicación	1 día	CENABAST		
Publicación de la Adjudicación	No regulado	CENABAST		
Recepción de productos	De acuerdo al contrato	PROVEEDOR- CENABAST		
Plan de distribución	1 día	Comisión Nacional del SIDA	SERVICIOS DE SALUD Y SEREMIS	
Distribución a Seremis y Servicios de Salud	1 semana o 2	CENABAST	Organizaciones de la sociedad civil Otras organizaciones del Estado	
Monitoreo de despacho y recepción	1mes o más	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades,	SERVICIOS DE SALUD Y SEREMIS	
Monitoreo de stock y necesidades	1 o 2 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	SERVICIOS DE SALUD Y SEREMIS	

SUBCOMPONENTE 1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas

A continuación y a fin de optimizar la descripción de los procesos de producción, se ha consolidado en un solo cuadro lo referido a capacitación de equipos de Secretaría Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y Establecimientos de la red de atención.

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Recolección de información sobre necesidades de capacitación en: VIH/SIDA en: SEREMIS de Salud, Servicios de Salud y Centros de Atención de Personas viviendo con VIH e ITS (en Centros de Atención de ITS)	2 meses	CONASIDA, Subsecretaría de Salud Pública División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Servicios de Salud y Equipos de atención de VIH Equipos de Centros de atención de ITS.	NO
Diseño Programa de Capacitación (Componentes técnico y presupuestario)	3 meses	CONASIDA, Subsecretaría de Salud Pública	Comité Asesor VIH Departamento de Formación y Capacitación DIGEDEP / Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud	NO
Aprobación presupuesto y transferencia de recursos	2 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Formación y Capacitación División de Gestión y Desarrollo de las personas/ Subsecretaría de Redes Asistenciales de Salud	NO	NO
Desarrollo del programa de capacitación	12 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Centros y establecimientos formadores. Instituto de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales, Unidad de Capacitación	S. de Salud y Establecimientos: solo en el caso de cursos impartidos por Universidades. SEREMIS: Eventual
Evaluación programa anual de capacitación	3 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	CONASIDA, Centros y establecimientos formadores. Instituto de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales, Unidad de Capacitación	

COMPONENTE 2: Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada

Subcomponente 2.1. Atención clínica para la detección de VIH e ITS.

Subcomponente 2.2. Atención integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente.

Subcomponente 2.3. Atención a Personas con ITS realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa

Se describen a continuación procesos de producción comunes al VIH/SIDA e ITS.

Producción de Reglamentos

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Definición de contenidos y revisión Reglamento anterior.	1 año	Comisión Nacional del SIDA(CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales Departamento Asesoría Jurídica Comité Asesor VIH/SIDA Comité Asesor de las ITS Organizaciones de la sociedad civil MINEDUC	NO
Elaboración decreto	2 meses	Departamento Asesoría Jurídica	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales	NO
Aprobación autoridades	6 meses	Ministro de Salud	NO	NO
Revisión y aprobación texto oficial	1 año	Contraloría General de la República	NO	NO
Publicación en Diario Oficial		Diario Oficial	Departamento Asesoría Jurídica MINSAL	NO
Difusión Sector Salud y a otros sectores	3 meses	MINSAL	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales	NO

Producción de Normas

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Recolección de información y búsqueda de evidencia	6 meses	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Departamento Epidemiología, Subsecretaría de Redes Asistenciales Comité Asesor VIH/SIDA Comité Asesor de ITS	Solo si es indispensable
Análisis de información recolectada	4 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Departamento Epidemiología, Subsecretaría de Redes Asistenciales Comité Asesor VIH/SIDA Comité Asesor de ITS.	NO
Elaboración documento	1 año	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Departamento Epidemiología, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Comité Asesor VIH/SIDA Comité Asesor de ITS.	NO
Validación y ajuste de contenidos técnicos	3 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Departamento Epidemiología, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Profesionales de Equipos de los Servicios y de Establecimientos Comité Asesor VIH/SIDA Comité Asesor de ITS	NO
Revisión Jurídica.	1 mes	Departamento de Asesoría Jurídica	NO	NO
Ajustes	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Elaboración Decreto	1 mes	Departamento de Asesoría Jurídica	NO	NO
Edición	2 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	SI
Publicación	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	NO	SI
Difusión	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Subsecretaría de Redes Asistenciales, Profesionales de Equipos de los Servicios y de Establecimientos. Comité Asesor VIH/SIDA Comité Asesor de ITS	NO

Capítulo VIH/SIDA y Sífilis en Guías Clínicas Examen de Medicina Preventiva/GES

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Escenario donde tiene lugar el proceso (MINSAL, Servicios de Salud, hospitales y servicios clínicos)	1 mes	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	FONASA Secretaría GES, División de Prevención y Control de Enfermedades	NO
Mandatos Institucionales (temas a abordar, participantes, plazos de ejecución, criterios metodológicos)				
Conformación de Grupo de Trabajo	1 mes			
Selección y priorización de temas (Relevancia del tema, Impacto potencial de la Guía Clínica)	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Sociedad Chilena de Infectología Sociedad Chilena de Pediatría Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia Médicos especialistas tratantes, del sistema público de salud Médicos especialistas de las Universidades Católica y de Chile Instituto de Salud Pública Departamento Epidemiología, Comité Asesor de ITS	NO
Definición de preguntas específicas (relacionadas a tratamiento y prevención, diagnóstico, programas de tamizaje)				
Recopilación y síntesis de evidencia				
Análisis complementarios y elaboración de documento definitivo	12 meses			
Formulación de recomendaciones para aplicación				
Identificación de indicadores para la evaluación de la guía clínica	2 meses			
Validación (Revisión Externa, piloto)	6 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Equipos de Salud	NO
Aspectos de formato (documento formal)	1 mes	CONASIDA, y Secretaría GES, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	MINSAL	NO
Difusión	1 mes	Secretaría GES, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales	NO	NO
Proceso de aplicación del capítulo VIH/SIDA de la Guía Clínica del Examen de Medicina Preventiva/GES		Servicios de Salud Prestadores privados	Hospitales y servicios clínicos públicos y privados	NO
Evaluación de la aplicación del capítulo VIH/SIDA de la Guía Clínica del Examen de Medicina Preventiva/GES	1 año	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	SI

Manual de procedimientos para el VIH/SIDA.

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Definiciones para la conformación del Manual Identificación, índice de contenidos, prólogo/introducción, objetivos, área de aplicación y/o alcance de los procedimientos, responsables, políticas o normas de operación, conceptos, procedimiento, formulario de impresos, diagramas de flujo, Diseño del proyecto (responsables, delimitación área a abordar, estudio preliminar)	2 meses	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública División de Integración de Redes (DIRE), Subsecretaría de Redes Asistenciales	NO	NO
Identificación fuentes de información para la preparación				
Elaboración del Manual Elaboración de Propuesta Técnica, Presentación proyecto a las autoridades competentes, Captación de la información, Análisis de la información	10 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública DIRE, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Instituto de Salud Pública	NO
Validación y formulación de recomendaciones	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública DIRE, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud Departamento Asesoría Jurídica	NO
Presentación del Manual para su aprobación	1 semana	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública DIRE, Subsecretaría de Redes Asistenciales	NO	NO
Reproducción y Difusión	2 semanas	CONASIDA, Subsecretaría de Salud Pública	NO	SI
Implementación del Manual	6 a 12 meses	Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud, Establecimientos públicos y/o privados de salud dependiendo del ámbito normado	NO	NO
Monitoreo y evaluación de la implementación	3 a 4 meses	CONASIDA, Subsecretaría de Salud Pública DIRE, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Departamento de Auditoría, MINSAL; Departamentos Auditoría Servicios de Salud	NO
Revisión y actualización	4 meses	CONASIDA, Subsecretaría de Salud Pública DIRE, Subsecretaría de Redes Asistenciales	NO	NO

**Subcomponente 2.1. Atención Clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS
(Se describe proceso para VIH)**

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Solicitud u oferta examen de detección de VIH en establecimientos de salud, de acuerdo a: -Normativas vigentes: embarazadas; personas en control de salud sexual; personas en control por TBC; consultantes por ITS; personas en diálisis; víctimas de violencia sexual; personal de salud: exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo para el VIH; donantes de sangre y órganos. -Pacientes en los que el médico o profesional de la salud indique el examen por signos sugerentes de la infección por VIH. -Usuarios que solicitan el examen por iniciativa propia.	Permanente	Establecimientos de la Red de S. de Salud	SOME	NO
Consejería asociada al examen de detección de la infección por VIH. / FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO		Establecimientos de la Red de S. de Salud Casas del donante, centros y bancos de sangre		NO
Toma de muestra de sangre		Sala toma de muestras Casas del donante, centros y bancos de sangre		NO
Procesamiento de la muestra		Laboratorio Banco de sangre		NO
Confirmación examen (en el caso de ser reactivo local)	3 semanas	Instituto de Salud Pública		NO
Contacto con paciente para asistencia a toma de prueba de identidad	Permanente	Establecimientos de la Red de S. de Salud		
Toma muestra para Prueba de Identidad		Establecimientos de la Red de S. de Salud		NO
Procesamiento prueba de identidad		Laboratorio		NO
Entrega de resultados al usuario/paciente con consejería post test		Establecimientos de la Red de S. de Salud		NO
Derivación a Centro de Atención a PVVIH para ingreso a control y tratamiento si se requiere.		Establecimientos de la Red de S. de Salud		NO

SUBCOMPONENTE 2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA desarrollada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente.

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Ingreso paciente al Centro de Atención Integral de VIH/SIDA.	Permanente	Equipo de Atención de VIH/SIDA del Establecimiento de la RED. Usuario/ria	SOME	NO
Evaluación Clínica y solicitud de exámenes		Equipo de Atención de VIH/SIDA del Establecimiento de la RED.		NO
Control de salud y análisis de exámenes, etapificación, indicación de profilaxis y/o tratamiento (si corresponde), consejería para adherencia y prevención secundaria		Equipo de Atención de VIH/SIDA del Establecimiento de la RED		
Derivación a Consejería entre pares para adherencia a tratamientos, autocuidado y prevención secundaria		Equipo de Atención de VIH/SIDA del Establecimiento de la RED	Consejero entre pares (persona que vive con VIH, capacitado en Consejería para adherencia a tratamientos, autocuidado y prevención secundaria) En el contexto del Proyecto Fondo Global.	NO
Elaboración de Solicitud de inicio o cambio de tratamiento		Equipo de Atención de VIH/SIDA del Establecimiento de la RED		NO
Envío de solicitud de inicio o cambio de tratamiento a CONASIDA		Equipo de Atención de VIH/SIDA del Establecimiento de la RED		NO
Citación a control o seguimiento		Equipo de Atención de VIH/SIDA del Establecimiento de la RED		NO
Consignación de datos en ficha clínica		Equipo de Atención de VIH/SIDA del Establecimiento de la RED.		NO
Provisión medicamentos		Equipo de Atención de VIH/SIDA del Establecimiento de la RED.	Farmacia del Establecimiento	

Guía Clínica en VIH/SIDA GES.

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Escenario donde tiene lugar el proceso (MINSAL, Servicios de Salud, hospitales y servicios clínicos)	2 meses	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Mandatos Institucionales (temas a abordar, participantes, plazos de ejecución, criterios metodológicos)				
Conformación de Grupo de Trabajo	1 mes			
Selección y priorización de temas				
Relevancia del tema	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Sociedad Chilena de Insectología Sociedad Chilena de Pediatría Médicos especialistas tratantes, del sistema público de salud Médicos especialistas de las Universidades Católica y de Chile	NO
Impacto potencial de la Guía Clínica				
Definición de preguntas específicas	12 meses			
Recopilación y síntesis de evidencia				
Análisis complementarios y elaboración de documento definitivo				
Formulación de recomendaciones para aplicación	6 meses			
Identificación de indicadores para la evaluación de la guía clínica				
Validación (Revisión Externa, piloto)	Piloto GES año 2004	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Servicios de Salud	NO
Envío para conocimiento	1 día	CONASIDA	Coordinadora Nacional de Agrupaciones de personas que viven con VIH/SIDA "VIVOPOSITIVO".	NO
Aspectos de formato (documento formal)	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	MINSAL	NO
Proceso de aplicación de la Guía Clínica	2 años	Servicios de Salud Prestadores privados	Hospitales y servicios clínicos públicos Hospitales y servicios clínicos privados	NO
Evaluación de la Guía Clínica	1 año	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública		Contratación de servicios expertos

Decreto que aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud y Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley 19.966

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Definición de garantías: de acceso, de oportunidad y de protección financiera		Comisión Nacional del SIDA(CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	FONASA Secretaría GES, División de Prevención y Control de Enfermedades División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales	NO
Elaboración decreto		Departamento Asesoría Jurídica	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública FONASA Secretaría GES, División de Prevención y Control de Enfermedades División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales	NO
Aprobación autoridades		Ministro de Salud Ministro de hacienda Presidente de la República	NO	NO
Revisión y aprobación texto oficial		Contraloría General de la República	NO	NO
Publicación en Diario Oficial		Diario Oficial	Departamento Asesoría Jurídica MINSAL	NO
Difusión Sector Salud		MINSAL, Superintendencia de Salud FONASA	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública FONASA Secretaría GES, División de Prevención y Control de Enfermedades División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales	NO

Modelo de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Diagnóstico de situación de atención a PVVIH en establecimientos de la red atención pública del país	6 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Servicios de Salud Establecimientos de Salud	SI
Elaboración Propuesta del Modelo	6 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	MINSAL	SI
Validación y consulta Modelo	2 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Profesionales de Centros de Atención y Servicios de Salud Organizaciones de PVVIH	NO
Ajustes al Modelo	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	NO	SI
Diseño, Impresión (proceso licitación, y revisión propuestas)	1 mes	Empresa licitada	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	SI
Capacitación, difusión y distribución	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Profesionales de Centros de Atención y Servicios de Salud	NO
Convocatoria a Desarrollo de iniciativas para adecuar Centros de Atención a personas viviendo con VIH al Modelo de Atención Integral y selección (fondo concursable)	6 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	NO	NO
Desarrollo de iniciativas para adecuar Centros de Atención a personas viviendo con VIH al Modelo de Atención Integral	18 meses	Centros de Atención y Servicios de Salud	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	NO
Monitoreo y evaluación para medir adecuación de Centros de Atención a PVVIH al Modelo de Atención Integral	18 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	NO	NO

Acceso a tratamiento antirretroviral en el sistema público de salud

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Indicación de tratamiento		Médico tratante, establecimiento de salud	NO	NO
Solicitud de inicio o cambio de tratamiento a CONASIDA	1 día	Establecimiento de salud	NO	NO
Evaluación de solicitud de inicio o cambio de tratamiento y sugerencia de esquema terapéutico	continuo	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Comité Científico Asesor	
Envío sugerencia de esquema terapéutico	continuo	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Recepción sugerencia de esquema terapéutico	continuo	Establecimiento de salud	NO	NO
Dispensación de ARV según esquema terapéutico	continuo	Establecimiento de salud	NO	NO
Elaboración y actualización periódica de estadísticas de sugerencias de ARV por Centro de Atención	continuo	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO

Disponibilidad y Control de Stock de Antiretrovirales en el sistema de salud público

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Estimación de requerimientos anuales de acuerdo a Decreto GES.	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, FONASA	NO	NO
Valoración de requerimientos anuales de medicamentos	2 semanas	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, FONASA	NO	NO
Aprobación y disposición del presupuesto anual	4 meses	Ministerio Hacienda, Subsecretaría de Redes asistenciales, FONASA	MINSAL	
Elaboración del Plan de Compra	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Solicitud de compra ARV	2 semanas	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	FONASA	NO
Gestión solicitud de compra de ARV	2 semanas	FONASA	CENABAST	NO
Compra de ARV (licitación, evaluación de propuestas, adjudicación, orden de compra) Reunión convocada por CENABAST para presentar a VIVOPOSITIVO las bases técnicas de licitación de ARV	4 meses	CENABAST	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO
Recepción de ARV (importación, desaduanaje, control de calidad, certificación, uso y destino, reacondicionamiento, verificación cumplimiento propuestas técnicas; acta de recepción)	2 meses por medicamento licitado	CENABAST Compañías farmacéuticas ISP	NO	NO
Plan de Distribución ARV a establecimientos	2 días por medicamento	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Distribución ARV a establecimientos	1 semana por medicamento	Compañías farmacéuticas	NO	SI
Recepción ARV en establecimientos de salud		Establecimientos de salud	NO	NO
Informe de recepción de ARV	15 a 30 días	Establecimientos de salud	Compañías farmacéuticas CONASIDA	NO
Facturación y Pago de ARV (recepción guías de despacho, presentación facturas y guías de despacho, control de distribución v/s guías de despacho, solicitud transferencia recursos financieros de FONASA a CENABAST, gestión de mandatos S. de Salud a Subsecretario de Redes para pago centralizado de FONASA a CENABAST)	Variable	Servicios de Salud Compañías farmacéuticas CENABAST FONASA	NO	NO
Solicitud de informe bimensual de stock de ARV	1 semana	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Elaboración de informe bimensual de stock de ARV	3 semanas	Establecimientos de salud	NO	NO
Recepción de informe bimensual de stock de ARV		CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Ánálisis de informe bimensual de stock de ARV, control de stock y redistribución entre establecimientos de la red de Servicios de Salud	1 mes	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Establecimientos de salud	NO

SUBCOMPONENTE 2.3: Atención a personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente.

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Ingreso paciente a Unidad de Atención y Control en Salud Sexual (UNACESS)	Permanente	Equipo de Atención de ITS del Establecimiento de la RED. Usuario/ria	SOME	NO
Evaluación Clínica y solicitud de exámenes		Equipo de Atención de ITS del Establecimiento de la RED.		NO
Control de salud y análisis de exámenes, indicación de tratamiento (si corresponde), consejería para adherencia y prevención secundaria		Equipo de Atención de ITS del Establecimiento de la RED		
Citación a control o seguimiento		Equipo de Atención de ITS del Establecimiento de la RED		NO
Consignación de datos en ficha clínica		Equipo de Atención de ITS del Establecimiento de la RED.		NO
Provisión y aplicación de tratamiento si corresponde		Equipo de Atención de ITS del Establecimiento de la RED.	Farmacia del Establecimiento	

SUBCOMPONENTE 2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas

A continuación y a fin de optimizar la descripción de los procesos de producción, se ha consolidado en un solo cuadro lo referido a capacitación de equipos de Secretaría Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y Establecimientos de la red de atención.

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Recolección de información sobre necesidades de capacitación en VIH/SIDA en: SEREMIS de Salud, Servicios de Salud, Centros de Atención de Personas viviendo con VIH y centros de Atención de ITS.	2 meses	CONASIDA, Subsecretaría de Salud Pública División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Servicios de Salud y Equipos de atención de VIH Equipos de Centros de atención de ITS.	NO
Diseño Programa de Capacitación (Componentes técnico y presupuestario)	3 meses	CONASIDA, Subsecretaría de Salud Pública	Comité Asesor VIH Departamento de Formación y Capacitación DIGEDEP / Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud	NO
Aprobación presupuesto y transferencia de recursos	2 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Formación y Capacitación División de Gestión y Desarrollo de las personas/ Subsecretaría de Redes Asistenciales de Salud	NO	NO
Desarrollo del programa de capacitación	12 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Centros y establecimientos formadores. Instituto de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales, Unidad de Capacitación	S. de Salud y Establecimientos: solo en el caso de cursos impartidos por Universidades. SEREMIS: Eventual
Evaluación programa anual de capacitación	3 meses	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	CONASIDA, Centros y establecimientos formadores. Instituto de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales, Unidad de Capacitación	

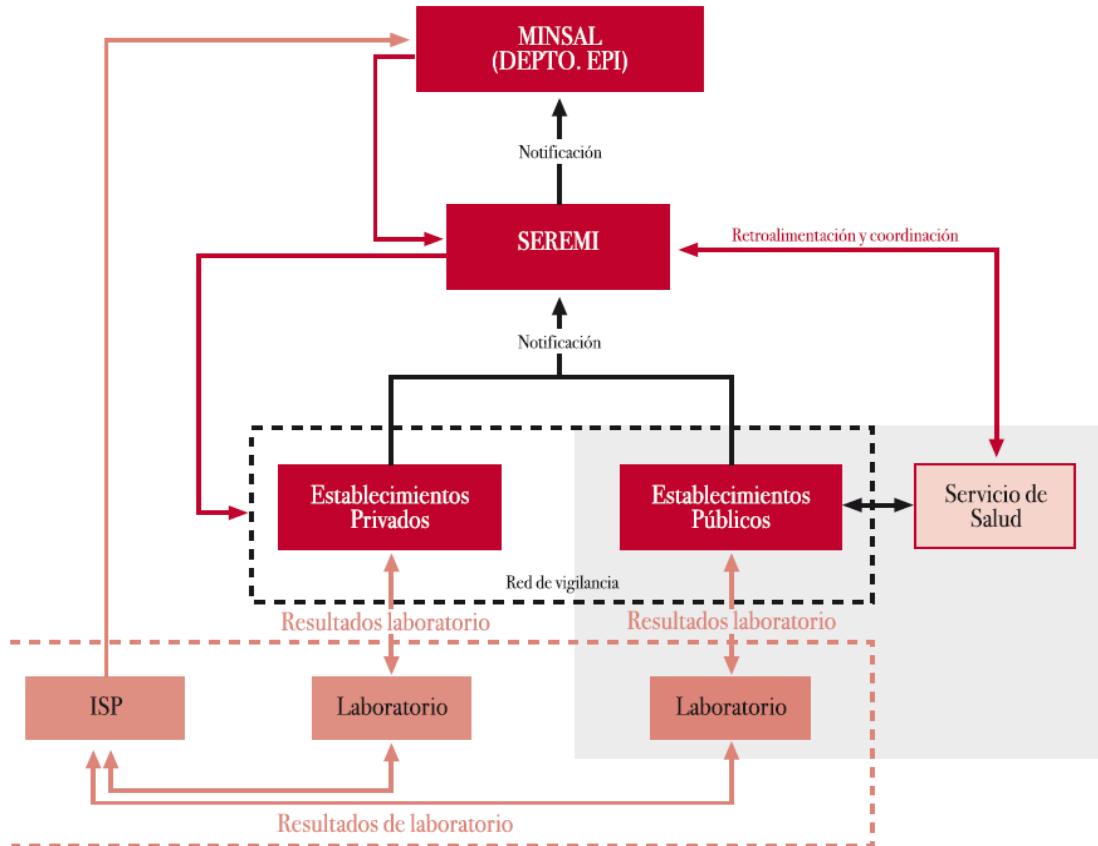
COMPONENTE 3. Vigilancia epidemiológica y estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda.

Subcomponente 3.1. Seguimiento epidemiológico del VIH/SIDA realizado y difundido cuando corresponda.

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Registro de datos a través de formularios establecidos	Permanente, se trata de un proceso continuo	-Establecimientos de Salud (médico que realiza la atención) -Establecimientos de Salud (delegado de epidemiología) -Instituto de Salud Pública -Laboratorios clínicos -Centros y Bancos de Sangre -Secretarías Regionales Ministeriales de Salud – SEREMIs (epidemiólogo)	NO	NO
Control de calidad de los datos		-Establecimientos de Salud (delegado de epidemiología) -Servicios de Salud (unidad de gestión en el ámbito epidemiológico) -Secretarías Regionales Ministeriales de Salud – SEREMIs (epidemiólogo)	Departamento de Epidemiología MINSAL	NO
Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información		-Establecimientos de Salud (delegado de epidemiología) -Servicios de Salud (unidad de gestión en el ámbito epidemiológico) -Secretarías Regionales Ministeriales de Salud – SEREMIs (epidemiólogo) -Departamento de Epidemiología MINSAL	NO	NO
Elaboración de informes epidemiológicos		-Secretarías Regionales Ministeriales de Salud – SEREMIs (epidemiólogo) -Departamento de Epidemiología MINSAL	NO	NO
Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud		-Establecimientos de Salud (delegado de epidemiología) a Nivel Local -Servicios de Salud (unidad de gestión en el ámbito epidemiológico) a Nivel Local -Secretarías Regionales Ministeriales de Salud – SEREMIs (epidemiólogo y SEREMI), a Nivel Regional y a Nivel Nacional -Departamento de Epidemiología MINSAL a Nivel Nacional, Otros Programas de Salud y Autoridades Nacionales	NO	NO
Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia		-Servicios de Salud, supervisan cumplimiento de procesos de vigilancia en Establecimientos de Red Asistencial -Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), coordina con Servicios de Salud y Direcciones Médicas de Establecimientos Privados y supervisa cumplimiento de procesos en Establecimientos Privados - Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología, coordina con Departamentos y Programas involucrados, evalúa funcionamiento del Sistema de Vigilancia	NO	NO

El proceso de vigilancia tiene claramente establecido el flujo de información, el que se presenta en la siguiente figura:

Flujograma de información del proceso de vigilancia



Fuente: Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH. Ministerio de Salud. 2009

Los **hitos⁸¹** relevantes en el proceso de vigilancia son:

- Registro de datos a través de formularios establecidos
- Control de calidad de datos
- Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información
- Elaboración de informes epidemiológicos
- Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud
- Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia

En este proceso se desarrollan las siguientes actividades:

Registro de datos a través de formularios establecidos

Los registros se efectúan en formularios estandarizados:

⁸¹ Un hito es un hecho clave y fundamental dentro de un proceso, un punto de control intermedio antes de que el proceso finalice, que tiene asociadas diferentes actividades necesarias para el cumplimiento del proceso. Representan puntos críticos para la continuidad de la atención del usuario/paciente y para su cumplimiento se requiere de todas las acciones asociadas al mismo

- Boletín “Enfermedades de Notificación Obligatoria” (ENO) que debe ser llenado por el profesional encargado (generalmente el delegado de epidemiología). Un vez completo se enviará a la Seremi de salud correspondiente donde se incorporará al sistema informático disponible para estos fines.
- Formulario de notificación de caso VIH/SIDA: Se aplica una vez que se realiza el diagnóstico clínico al paciente y se asocia con el hito de etapificación del proceso asistencial. Debe ser llenado en los establecimientos de salud, por el médico que realiza la atención y también debe ser enviado a la Seremi de Salud y sigue el mismo flujo descrito anteriormente
- Formulario de notificación de cambio de etapa VIH/SIDA: Tiene por objetivo conocer el momento del cambio de “etapa VIH a etapa SIDA”, y por lo tanto se llena una sola vez en la evolución de cada paciente. Al igual que el anterior, se llena en los establecimientos de salud, y la responsabilidad es del médico tratante.
- Formulario de envío de muestra al ISP: Es el formulario que acompaña a la muestra que se envía al ISP para la confirmación del examen reactivo local. Debe contener todos los datos a fin de identificar correctamente cada caso.
- Nómina de resultados informados positivos elaborado por el ISP: El ISP debe enviar mensualmente una nómina al Minsal con los casos positivos analizados por ellos.

Control de calidad de datos

La notificación debe ser sistemática y ajustada a la definición de caso a vigilar en los formularios de notificaciones VIH/SIDA. Se analiza su consistencia, pertinencia, exactitud, oportunidad e integridad (contener todos los datos y variables necesarias). Los indicadores de calidad de la vigilancia se obtienen desde los sistemas de información vigentes: EPIVIGIL (Sistema de registro de enfermedad de notificación obligatoria, ENO) y Plataforma DEIS.

Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información

El sistema de vigilancia epidemiológica permite a los profesionales a cargo extraer la información utilizando para ello los registros de notificaciones y los de confirmaciones. Para el análisis de la información es necesario contar con la visión de la red asistencial. Asimismo, la comparación permanente entre los casos confirmados por el ISP y los casos que están siendo notificados, constituye un elemento que permite detectar y corregir errores en el proceso de la vigilancia.

Elaboración de informes epidemiológicos

Se deben elaborar informes semestrales y un informe anual regional. Asimismo, se elabora un informe anual nacional que incluye análisis de la mortalidad, morbilidad, distribución por sexo, grupos de edad, y otras variables sociodemográficas y socioculturales de interés regional y nacional. Este informe debe entregar información sobre los factores de riesgo, la tendencia de la enfermedad, e identificar las áreas en que se pueden desarrollar medidas de prevención y control.

Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas

Un objetivo importante de la vigilancia epidemiológica es entregar la información a todos los actores del proceso, así como a otros interesados en el tema y a la comunidad en general. La devolución de la información desde el nivel regional y nacional permite a los equipos locales visualizar el objetivo de lo que realizan, aportando a la planificación de actividades.

Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia

Este hito se debe realizar en los tres niveles (local, regional y nacional) y consiste en garantizar la realización correcta de los distintos hitos del proceso de vigilancia.

Los puntos críticos del proceso de vigilancia se resumen en cuadro siguiente, que muestra la importancia de cada nivel y la necesidad de coordinación e integración de la información.

CUADRO 4
Puntos críticos del proceso de vigilancia epidemiológica en VIH

NIVEL	HITOS	PUNTOS CRÍTICOS	PROFESIONAL RESPONSABLE
Local	Registro de datos a través de formularios establecidos	Detección del caso o situación anómala y su notificación Elaboración de información para la planificación y/o implementación de estrategias locales para el control del VIH.	Profesional a cargo de las funciones de Vigilancia Epidemiológica (delegado de epidemiología)
Regional	Control de calidad de datos. Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información. Elaboración de informes epidemiológicos. Difusión de la información para la toma de decisiones. Registro de datos a través de formularios establecidos.	Integración de la información de su jurisdicción, análisis y difusión de ésta. Elaboración de información para la planificación y/o implementación de estrategias regionales para el control y prevención del VIH	Epidemiólogo a cargo de la vigilancia de VIH/SIDA, en la SEREMI
País	Control de calidad de datos Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información Elaboración de informes epidemiológicos Difusión de la información para la toma de decisiones. Registro de datos a través de formularios establecidos	Integración nacional de la información Elaboración de información para la planificación y/o implementación nacional de estrategias para el control y prevención del VIH	Profesional a cargo de la vigilancia epidemiológica en el Departamento de Epidemiología y en el DEIS.

3.2. Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos, cuando corresponda.

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Constitución de mesa técnica para evaluar necesidad de investigación e idea preliminar del estudio. Se incorpora a representantes de organizaciones sociales cuando corresponde	1 mes, varía de acuerdo a magnitud e implicancias de la investigación	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA)	Comité Científico y/o Asesor específico Departamento Epidemiología y otras instancias del MINSAL de acuerdo al tema, entidades externas de acuerdo a área temática (académicas), organizaciones sociales, agencias de naciones unidas	NO
Diseño del estudio y elaboración de presupuesto	Variable de acuerdo a las características y magnitud del estudio	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Comité Científico y/o Asesor específico Departamento Epidemiología y otras instancias del MINSAL de acuerdo al tema	NO
Aprobación técnica del Estudio y aprobación presupuestaria		MINSAL y/o otras fuentes de financiamiento nacional y/o internacionales	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Comité de Ética	NO
Licitación del Estudio		División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Asesoría Jurídica Departamento de Finanzas y Administración Interna	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	NO
Adjudicación licitación (participan los distintos actores convocados si corresponde), elaboración y firma de convenios		CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Departamento Asesoría Jurídica Departamento de Finanzas y Administración Interna	Otros actores cuando corresponde	NO
Implementación del Estudio		CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Otras instancias dependiendo del estudio	SI
Elaboración informe final del Estudio		Instancia que se adjudicó estudio	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	SI
Difusión		CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	MINSAL	SI

COMPONENTE 4: Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida.

Acuerdos y Convenios con otros Sectores del Estado y la sociedad civil

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Coordinación para trabajo conjunto	Variable dependiendo del Sector y tipo de acuerdo y/o convenio	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Variable dependiendo del Sector	NO
Análisis y definición técnico y política de áreas de trabajo en el tema		CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Variable dependiendo del Sector	NO
Elaboración propuesta de acuerdo o convenio		Departamento de Asesoría Jurídica	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO
Aprobación de propuesta de acuerdo o convenio		Autoridades de los sectores involucrados	NO	NO
Monitoreo ejecución de acuerdos y convenios		CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Variable dependiendo del Sector	NO

Compromisos Internacionales

Proceso de producción	Tiempo aproximado utilizado	Responsabilidad principal	Otros responsables	Contrato a terceros
Solicitud de representante técnico del VIH/SIDA en comisiones o grupos de trabajo de instancias internacionales oficiales o solicitud de análisis de documentos para posición oficial de Chile sobre el tema	1 a 4 semanas	Ministerio de Relaciones Exteriores Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales del MINSAL	NO	NO
Definición de representante o análisis de documentos, producción y elaboración de informes técnico-políticos	2 días a 6 meses	Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales del MINSAL. Dependiendo de la especificidad y otros aspectos asociados: Dpto. de Asesoría Jurídica, Dpto. Asesoría Ministerial, otros programas de la DIREC, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA, ISP, CENABAST	NO
Participación en Comisiones VIH/SIDA: MERCOSUR, ORAS-CONHU, Grupo temático ONUSIDA, UNGASS (considera participación en reuniones)	MERCOSUR: 1 mes ORAS - CONHU: 1 mes Grupo Temático ONUSIDA: 20 horas. UNGASS: 4 días	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	NO	NO
Elaboración Informes técnico – políticos periódicos para compromisos Agencias de Naciones Unidas: Metas de Desarrollo del Milenio UNGASS Consejo Directivo OPS Asamblea Mundial de la Salud	Metas de Desarrollo del Milenio: 4 meses UNGASS: 6 meses Consejo Directivo OPS: 1 semana Asamblea Mundial de la Salud: 1 semana	CONASIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública	Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales del MINSAL Dependiendo de la especificidad y otros aspectos asociados: Dpto. de Asesoría Jurídica, Dpto. Asesoría Ministerial, otros programas de la DIREC, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA, ISP, CENABAST, sociedad civil, otros sectores de gobierno, instituciones académicas y sociedades científicas.	NO

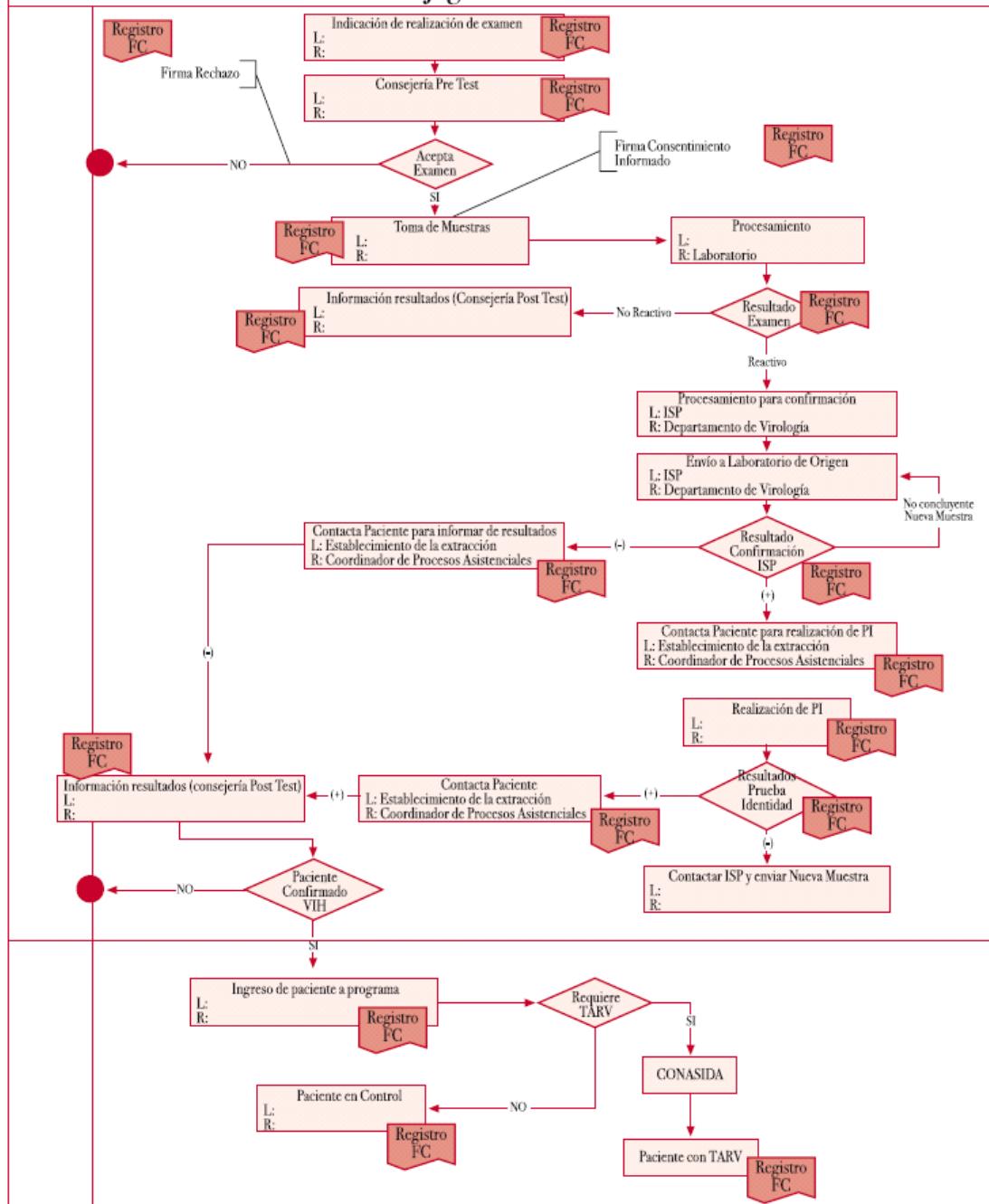
Finalmente, para resumir los hitos más importantes de los procesos de producción se presenta el **FLUJOGRAMA GENERAL⁸²**.

⁸² Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH. Ministerio de Salud. 2009.

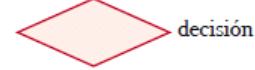
Tipo de Paciente / Usuario:

Puerta de entrada:

Flujograma General



Simbología:

registro en
ficha clínicasalida del proceso
de atención

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.
 R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

1.7. Caracterización y cuantificación de población potencial

El programa considera como **población potencial** a toda la población del país.

Las poblaciones totales y según sexo para los 4 años de la evaluación se presentan en el cuadro siguiente:

CUADRO 5
POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA AL 30 DE JUNIO, SEGÚN SEXO
CHILE. 2006 A 2009

AÑO	POBLACIÓN		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2006	16.432.674	8.134.314	8.298.360
2007	16.598.074	8.216.068	8.382.006
2008	16.763.470	8.297.819	8.465.651
2009	16.928.873	8.379.571	8.549.302

Fuente: Proyecciones y estimaciones de población. Chile 1950-2050. Instituto Nacional de Estadísticas

Las poblaciones de nacidos vivos corregidos⁸³ para los 4 años de la evaluación, se presentan en el cuadro siguiente

CUADRO 6
POBLACIÓN TOTAL DE NACIDOS VIVOS CORREGIDOS
CHILE. 2006 A 2009

AÑO	NACIDOS VIVOS CORREGIDOS
2006	243.322
2007	228.644
2008	227.855
2009	228.929

Fuente: Ministerio de Salud

Para definir las poblaciones el Programa utiliza criterios epidemiológicos y de vulnerabilidad.

Los **antecedentes epidemiológicos**⁸⁴ indican que el grupo de edad más afectado por el VIH es el de 20 a 29 años, por el SIDA es el de 30 a 39 años y por las ITS es el de 15 a 39 años.

El **análisis de vulnerabilidad** al VIH y las ITS ha permitido un análisis de las situaciones que enfrenta la población en un contexto social más amplio, aportando con un marco conceptual que explica de manera más específica la interrelación de factores de diversa índole -individuales, sociales y políticos- que facilitan o dificultan la exposición al riesgo de una infección. Ser vulnerable en el contexto del VIH/SIDA y las ITS significa tener poco o ningún control sobre el propio riesgo de adquirir el Virus del VIH o una Infección de Transmisión Sexual.

⁸³ Nacidos vivos nacidos en el año calendario e inscritos ese año y hasta el 30 de marzo del año siguiente más el porcentaje de omisión estimado.

⁸⁴ Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud: Evolución del VIH/SIDA 1984-2008 y Epidemiología de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Con el objeto de organizar y articular las diversas variables que participan de la vulnerabilidad de las personas y grupos frente al VIH y las ITS, se han determinado 4 dimensiones fundamentales para analizar esta vulnerabilidad:

- La dimensión individual, focalizada en las variables a nivel personal que reducen el control frente a la prevención de las personas. En ese sentido, se consideran los factores individuales que influyen sobre las actitudes y comportamientos que participan de la capacidad de gestionar el riesgo (percepción de riesgo, definición de una estrategia preventiva personal adecuada, toma de decisiones e implementación de medidas de prevención). La dimensión individual puede analizarse en torno a esferas de acción biológica, relacional y afectiva.
- La dimensión social, focaliza el análisis en las variables de tipo macrosocial, que reducen el control frente a la prevención de las personas. En el contexto, de que es en la construcción de la realidad social compartida, donde las personas desarrollan sus valores, creencias, actitudes y conductas; adquiere relevancia, en este nivel, el acceso de las personas a condiciones sociales y culturales que apoyen el proceso de reducción de riesgo.
- La dimensión económica visibiliza cómo las variables de tipo económico pueden influir en la reducción del control frente a la prevención por parte de las personas. Parte de la base que la posibilidad de evitar el riesgo de adquirir el VIH y de tener acceso a asistencia y apoyo adecuado está relacionado con la capacidad económica de las personas. Algunas variables de relevancia en esta dimensión incluyen el acceso al trabajo, la estabilidad laboral, el acceso a un sistema previsional y a salarios justos y adecuados a las necesidades de las personas.
- La dimensión política releva el papel que cumplen las definiciones políticas en la facilitación o dificultad para implementar medidas de autocuidado en las personas. La base del análisis en esta dimensión se relaciona con la constatación de la relevancia de la prioridad que el tema del VIH/SIDA y las ITS adquiere a través de la formulación de políticas públicas que posibiliten contextos sociales favorables a la adopción de medidas preventivas y, a la capacidad de la población de tener representación ante entidades gubernamentales u otras que incidan en su vulnerabilidad.

La aplicación del enfoque de dimensiones de la vulnerabilidad permite plantear que:

- Un análisis específico de vulnerabilidad en torno a estas dimensiones arrojará que toda persona es potencialmente vulnerable al VIH y a las ITS desde las diversas dimensiones.
- Una persona o un grupo de personas pueden tener una vulnerabilidad condicionada por una o más de estas dimensiones.
- La vulnerabilidad al VIH y las ITS constituye un proceso dinámico que se va modificando en el tiempo, de acuerdo a la evolución de las condiciones de vida de las personas y de los cambios socioculturales que se produce en su entorno.
- Pese a que todas las personas pueden tener algún grado de vulnerabilidad al VIH y a las ITS, se ha constatado que existen grupos sociales que presentan una mayor concentración de factores de vulnerabilidad, haciendo más urgente y prioritario su abordaje desde las estrategias de prevención.

Cuantificación de la población potencial por componentes y subcomponentes.

A fin de facilitar el análisis de la producción de acuerdo a los niveles de objetivos del programa, se cuantifican las poblaciones según componentes y subcomponentes.

Como se describió previamente, el Programa se desarrolla a través de 4 componentes: los 2 primeros que son estrategias de prevención y atención integral, corresponden a componentes que se desarrollan directamente con las personas y para ellos se han definido poblaciones potencial, objetivo y beneficiaria (alcanzada). Los componentes 3 y 4 -vigilancia epidemiológica y estudios; cooperación con otros sectores del estado, con la sociedad civil y con organismos internacionales- constituyen

actividades de apoyo fundamentales para el desarrollo del programa y para su seguimiento. Por su naturaleza no tienen población objetivo.

Para la cuantificación de poblaciones se utilizan definiciones de vulnerabilidad y otros criterios de especificación, los que se presentan a continuación, dado que explican las cuantificaciones con las que se trabaja y se aplican tanto a la población potencial como a la población objetivo y a la población alcanzada:

(1) Población Vulnerable Prioritaria (PVP) es el resultado de la aplicación de criterios epidemiológicos y de comportamiento sexual. Los grupos definidos como PVP son: hombres que tienen sexo con hombres (HSH); población homo y bisexual; trabajadores(as) en comercio sexual; población transgénero; población privada de libertad.

- **Población de hombres de 15 a 29 años que tienen orientación homo bisexual:** El cálculo de las Poblaciones se basa en el % de declaración de relaciones homo y bisexuales de los jóvenes de 15 a 29 años de edad encuestados a través de la Encuesta Nacional de Juventud realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). El año 2006 este % fue de 6,2 y el año 2009 de 5,3. Para los años 2007 y 2008 se usa el promedio entre el 2006 y el 2009, el que fue de 5,75%. Para la Población Potencial, los % se aplican a la población de hombres de 15 a 29 años, proyectada por el INE para cada uno de los años. Para obtener la Población Objetivo, se aplica igual % a la población beneficiaria del FONASA de cada año, correspondiente a hombres entre 15 y 29 años
- **Personas Privadas de Libertad:** La Población Potencial y la Población Objetivo corresponden a las personas registradas por Gendarmería, y son equivalentes, en el entendido que toda la población que está recluída bajo el cuidado de esta institución es objeto de las acciones de prevención. La población es acumulativa año a año.
- **Personas que ejercen el comercio sexual:** La población potencial corresponde al doble de la población beneficiaria de FONASA y en control de salud sexual en un establecimiento de salud público. Ello, de acuerdo a la literatura internacional que estima que para Latinoamérica se conoce el 50% del total. La población objetivo y la alcanzada es la población beneficiaria de FONASA y en control en un establecimiento público de salud.

(2) Población Vulnerable Emergente (PVE) es resultado de la aplicación de criterios epidemiológicos y socioculturales. Los grupos definidos como PVE son: jóvenes, mujeres, población rural, migrantes, pueblos originarios y trabajadores. Población potencial es la población proyectada por el INE para cada uno de los años, correspondiente a hombres y mujeres de 15 a 49 años, dado que este es el grupo de edad que se plantea cubrir con las acciones de prevención por ser el grupo más afectado por la epidemia. Población Objetivo: Beneficiarios de FONASA de ambos sexos, del mismo grupo etáreo, para iguales años.

(3) Población para Consejerías entre 15 y 49 años. La población potencial corresponde a las proyecciones del INE para los años 2006 a 2009 de ambos sexos de la población entre 15 y 49 años. Población Objetivo: Beneficiarios de FONASA de ambos sexos, del mismo grupo etáreo, para iguales años. Se ha puesto como población alcanzada el N° de consejerías realizadas por año a la población beneficiaria en los establecimientos de los Servicios de Salud del país.

(4) Población que hace llamadas (anuales) atendidas por FONOSIDA: Se ha colocado en la población potencial y en la población objetivo el número de llamadas estimadas de acuerdo a la disponibilidad del servicio, calculado como: 12 horas operador diarias por 5 llamadas por hora por 5 días semanales por 50 semanas anuales. Si bien las llamadas no son población ellas representan el mejor estimador factible de aplicar.

(5) Personas que viven con VIH en control activo en establecimientos de la red de salud pública: población potencial se calcula en base a la estimación de la prevalencia del VIH en la

población de 15 y más años, la que alcanza a 0,3%⁸⁵. Dicha proporción se aplica a la población INE de ambos sexos de 15 y más años de edad. La población objetivo y alcanzada son las mismas y corresponden a todas las personas en control en establecimientos de la red pública de salud. Estas dos últimas cifras son acumulativas a través de los años.

(6) Personas que ejercen el comercio sexual y están en control: La población potencial corresponde al doble de la población beneficiaria de FONASA y en control en un establecimiento de salud público. Ello, de acuerdo a la literatura internacional que estima que para Latinoamérica se conoce el 50% del total. La población objetivo y la alcanzada es la población beneficiaria de FONASA y en control en un establecimiento público de salud.

(7) Consultantes de ITS: Población potencial se refiere a la población de hombres y mujeres de 15 a 49 años proyectada por el INE para cada uno de los años, dado que este es el grupo de edad más afectado por las ITS y el VIH. Población objetivo y población alcanzada es la misma y se estima a partir del número de consultas de especialidad (nivel secundario) por ITS dividido por 3, que es el número promedio de consultas por usuario.

(8) Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA: La población potencial y objetivo es la misma y corresponde al número mínimo necesario de capacitar para desarrollar la estrategia de prevención en cada Región estableciendo coordinación entre SEREMI y Servicio de Salud: 2 profesionales de la SEREMI y un profesional del Servicio de Salud.

(9) Profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno regional/provincial/municipal: La población potencial y objetivo es la misma y corresponde al número mínimo necesario de capacitar para desarrollar la estrategia de prevención en su dimensión intersectorial en los niveles central y regional de cada institución: Nivel Central: 3 personas de cada institución; Nivel regional: 2 personas de cada institución.

(10) Embarazadas ingresadas a control en año (detección sífilis y VIH): La población potencial corresponde a las embarazadas estimadas por año a partir del número de nacidos vivos INE. La población objetivo y alcanzada es la misma y corresponde a la totalidad de las embarazadas ingresadas a control prenatal durante el año, las cuales son beneficiarias del Examen de Medicina Preventiva que garantiza el 100 % de acceso a los exámenes de detección de sífilis y VIH para esta población.

(11) Donantes de sangre: Los exámenes de detección de VIH y sífilis se realizan a todas las donaciones, ya que se aplica el procedimiento de la Ley 19.779 y el Decreto Nº182/05 del Minsal, para obtener seguridad transfusional.

(12) Personas que viven con VIH, están en control activo, con tratamiento ARV: Población potencial se calcula en base a la estimación de la prevalencia del VIH en la población de 15 y más años, la que alcanza a 0,3%, proporción que se aplica a la población INE de ambos sexos de 15 y más años de edad. La población objetivo corresponde a todas las personas en control activo en establecimientos de la red pública de salud. La población alcanzada corresponde a la totalidad de las personas que están en control activo en establecimientos de la red pública de salud y que requieren TARV de acuerdo al Decreto GES, por lo tanto está garantizado para el 100 %. Ambas cifras son acumulativas a través de los años.

(13) Servicios de Salud: La población potencial y objetivo es la misma y corresponde al número mínimo de profesionales necesario de capacitar para desarrollar el proceso de atención en los establecimientos de la red de cada Servicio de Salud y se refiere a una persona.

⁸⁵ Programa Spectrum de ONUSIDA.

(14) Profesionales de equipos de VIH e ITS: Equipo profesional en Servicios de Salud considerando a lo menos dos profesionales de atención directa a personas viviendo con VIH/SIDA en el caso de VIH, y dos profesionales de atención directa a personas que ejercen el comercio sexual y/o consultantes por ITS, ambos de establecimientos de la red asistencial pública.

(15) Población objetivo de las campañas: Para la medición del público objetivo se definió la TV como el medio, dada la posibilidad de utilizar un sistema similar en la medición del alcance de audiencia año a año. Este sistema es el TVDATA y mide la audiencia en los territorios geográficos de Antofagasta, Valparaíso, Viña del Mar, Talcahuano, Concepción, Temuco y Gran Santiago. La población potencial que se señala es igual a la población objetivo de la campaña en cada año en los territorios geográficos medidos por el TVDATA (de acuerdo a proyecciones del INE y niveles socioeconómicos determinados en la estrategia comunicacional correspondiente). Los rangos de edades que utiliza el TVDATA no son estrictamente similares a los establecidos como el segmento objetivo en las campañas 2006-2007(15 a 29 años) 2009 (18 y 35 años) por lo que se definió el segmento más cercano que mide el sistema y que es de 13 a 24 años y de 18 a 34 años. Los niveles socio económicos medio, medio-bajo y bajo (C2, C3, C3D) de los años 2006 y 2007 fueron considerados en la población potencial y alcanzada. El 2008 la campaña fue dirigida a población general entre 15 y 49 años sin especificación de nivel socioeconómico, al igual que la del 2009 que tampoco tuvo esta especificación. La medición de la cobertura se realizó en la misma población a través de TV DATA.

POBLACIONES

En el siguiente cuadro se presenta la población potencial para los años de la evaluación, de acuerdo a información proveniente del Fondo Nacional de Salud, Organismo Autónomo del Ministerio de Salud.

**CUADRO 7
POBLACIÓN POTENCIAL
CHILE. 2006-2009**

AÑO	POBLACIÓN POTENCIAL
2006	11.479.384
2007	11.740.688
2008	12.248.257
2009	12.504.226

Fuente: INE – FONASA

Sobre la base de esta población potencial general, se determinan las siguientes poblaciones potenciales para los Componentes 1 (prevención) y 2 (atención integral) y sus respectivos subcomponentes.

CUADRO 8
POBLACIÓN POTENCIAL - COMPONENTE 1

Componente y Subcomponentes	Descripción de la población	Cuantificación de la población			
		2.006	2.007	2.008	2.009
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.					
1.1. Campañas de Comunicación Social Educativa realizadas.	Población objetivo de la campañas de comunicación social	1.190.690	1.200.510	3.854.670	1.861.500
1.2. Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS.	Población Vulnerable Prioritaria: HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas viviendo con VIH/SIDA	190.851	181.011	207.010	182.182
	Población Vulnerable Emergente: Jóvenes, población rural, pueblos originarios-etnias, mujeres, trabajadores. Corresponde a población INE de 15 a 49 años.	8.861.486	8.935.686	9.009.884	9.084.085
1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes	Población total país INE de 15 a 49 años,	8.861.486	8.935.686	9.009.884	9.084.085
	Nº Llamadas anuales atendidas por FONOSIDA 12 horas op diarias * 5 llamadas hora * 5 días * 50 semanas:	15.000	15.000	15.000	15.000
1.4. Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública desarrollada	Personas que viven con VIH en control en establecimientos de la red de salud pública	26.096	26.923	28.148	29.007
	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	26.576	20.012	18.194	18.170
	Población consultante ITS	5.873.345	5.994.701	6.290.537	6.491.007
	Población vulnerable focalizada. (Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con Poblaciones vulnerables [HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas de organizaciones de PVVIH. Jóvenes INJUV, de Universidades y otros Centros de formación, de ONGs y de otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS])	4.019.394	4.082.396	4.145.398	4.208.399
1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA	53	53	74	74
	Profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/municipal	142	142	162	162
	Personas de organizaciones de la sociedad civil (Personas viviendo con VIH, HSH, trabajadores sexuales) y personas privadas de libertad ⁸⁶	Sin cuantificar	sin cuantificar	sin cuantificar	sin cuantificar

⁸⁶ Este es un grupo de personas a las que se capacita en el marco del Subcomponente 1.2. Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS, en los cuales la capacitación es una estrategia. Por lo tanto forman parte de la población potencial del subcomponente 1.2.

CUADRO 9
POBLACIÓN POTENCIAL – COMPONENTE 2

Componente y Subcomponentes	Descripción de la población	Cuantificación de la población			
		2.006	2.007	2.008	2.009
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada					
2.1. Atención integral para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	26.576	20.012	18.194	18.170
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección sífilis)	243.322	228.644	227.855	228.929
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección VIH)	243.322	228.644	227.855	228.929
	Donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH)				
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	Personas que viven con VIH ⁸⁷	37.279	37.919	38.559	39.199
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa	Beneficiarios del sector público de salud entre 15 y 49 años	5.873.345	5.994.701	6.290.537	6.491.007
2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizada	Servicios de Salud	28	28	29	29
	Profesionales de Equipos de Atención de VIH	56	56	56	58
	Profesionales de Equipos de Atención de ITS	56	56	56	58

1.8. Caracterización y cuantificación de población objetivo

Población objetivo es la población que el programa tiene considerado atender y que utiliza en la planificación. Para su cuantificación se usan las mismas especificaciones presentadas para la población potencial.

Para definir la población objetivo se utiliza, en primer lugar, el concepto de “población beneficiaria del sistema público de salud”, que entrega FONASA para cada año y que corresponden al 70%, 71%, 73% y 74% de la población potencial en los años 2006 a 2009. En algunos componentes la población objetivo es equivalente a la población potencial. En la definición también se consideran los antecedentes epidemiológicos y sociocomportamentales con especial referencia al análisis de vulnerabilidad.

Cuantificación de la población objetivo

Con las consideraciones precedentes se calculó la población objetivo para cada uno de los componentes y subcomponentes, la cual se presenta en el cuadro siguiente. En algunos casos la población objetivo es equivalente a la población beneficiaria (alcanzada).

⁸⁷ Población Potencial, se obtiene de la población de 15 y más años de edad, estimada por el INE para cada uno de los años evaluados, a la cual se aplica la prevalencia estimada de VIH, que se origina del programa de estimaciones y proyecciones Spectrum, de ONUSIDA, ésta es de 0,3%. Es decir un 0,3% de la población de 15 años y más, viviría con VIH/SIDA en el país y se considera población potencial porque sería la población que requeriría los servicios de atención y tratamiento. Considera población beneficiaria de ambos subsectores, público y privado de salud.

CUADRO 10
POBLACIÓN OBJETIVO – COMPONENTE 1

	Descripción de la población	2006	2007	2008	2009
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva					
1.1.Campañas de Comunicación Social Educativa realizada	Población objetivo de la campañas de comunicación social	1.190.690	1.200.510	2.910.276	1.861.500
1.2.Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS	Población Vulnerable Prioritaria (HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas viviendo con VIH/SIDA)	136.587	136.505	159.616	141.284
	Población Vulnerable Emergente Jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores.	5.873.345	5.994.701	6.290.537	6.491.007
1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes	Nº Consejerías realizadas a beneficiarios del sector de salud público entre 15 y 49 años en red de establecimientos de los Servicios de Salud año t	5.873.345	5.994.701	6.290.537	6.491.007
	Nº Llamadas anuales atendidas por FONOSIDA año t 12 horas op. diarias * 5 llamadas hora * 5 días * 50 semanas:	15.000	15.000	15.000	15.000
1.4. Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública desarrollada	Personas que viven con VIH en control en establecimientos de la red de salud pública	10.901	11.848	12.681	14.196
	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	13.288	10.006	9.097	9.085
	Consultantes de ITS	15.974	14.929	15.425	16.121
	Población vulnerable focalizada Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con Poblaciones vulnerables(HSH, población transgenero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y PVVIH). Jóvenes INJUV, Universidades y otros Centros de formación ONGs y otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS	2.834.914	2.898.860	3.081.618	3.199.443
1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA	53	53	74	74
	Profesionale, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/,municipal	142	142	162	162

	Personas de organizaciones de la sociedad civil (Personas viviendo con VIH, HSH, trabajadores sexuales) y personas privadas de libertad ⁸⁸	s/cuant.	s/cuant.	s/cuant.	s/cuant.
--	---	----------	----------	----------	----------

CUADRO 11
POBLACIÓN OBJETIVO – COMPONENTE 2

	Descripción de la población	2006	2007	2008	2009
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada					
2.1. Atención integral para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	13.288	10.006	9.097	9.085
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección sífilis)	175.784	196.033	202.729	200.958
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección VIH)	175.784	196.033	202.729	200.958
	Donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH)	S/informac.	242.706	254.464	289.047
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	Personas que viven con VIH diagnosticadas ⁸⁹	10.901	11.848	12.681	14.196
	Personas que viven con VIH en control activo	10.901	11.848	12.681	14.196
	Personas que viven con VIH en control activo con tratamiento ARV	7.782	8.978	9.554	11.262
	Personas que viven con VIH en control activo sin tratamiento ARV	3.119	2.870	3.127	2.934
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa	Consultantes de ITS atendidos por especialista nivel secundario	15.974	14.929	15.425	16.121
2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizada	Servicios de Salud	28	28	29	29
	Profesionales de Equipos de Atención de VIH	56	56	56	58
	Profesionales de Equipos de Atención de ITS	56	56	56	58

⁸⁸ Este es un grupo de personas a las que se capacita en el marco del Subcomponente 1.2. Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS, en los cuales la capacitación es una estrategia. Por lo tanto forman parte de la población potencial del subcomponente 1.2.

⁸⁹ Las personas diagnosticadas ingresan a control activo y una proporción recibe tratamiento antirretroviral, de acuerdo a protocolo.

1.9. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación

Organización y gestión del programa

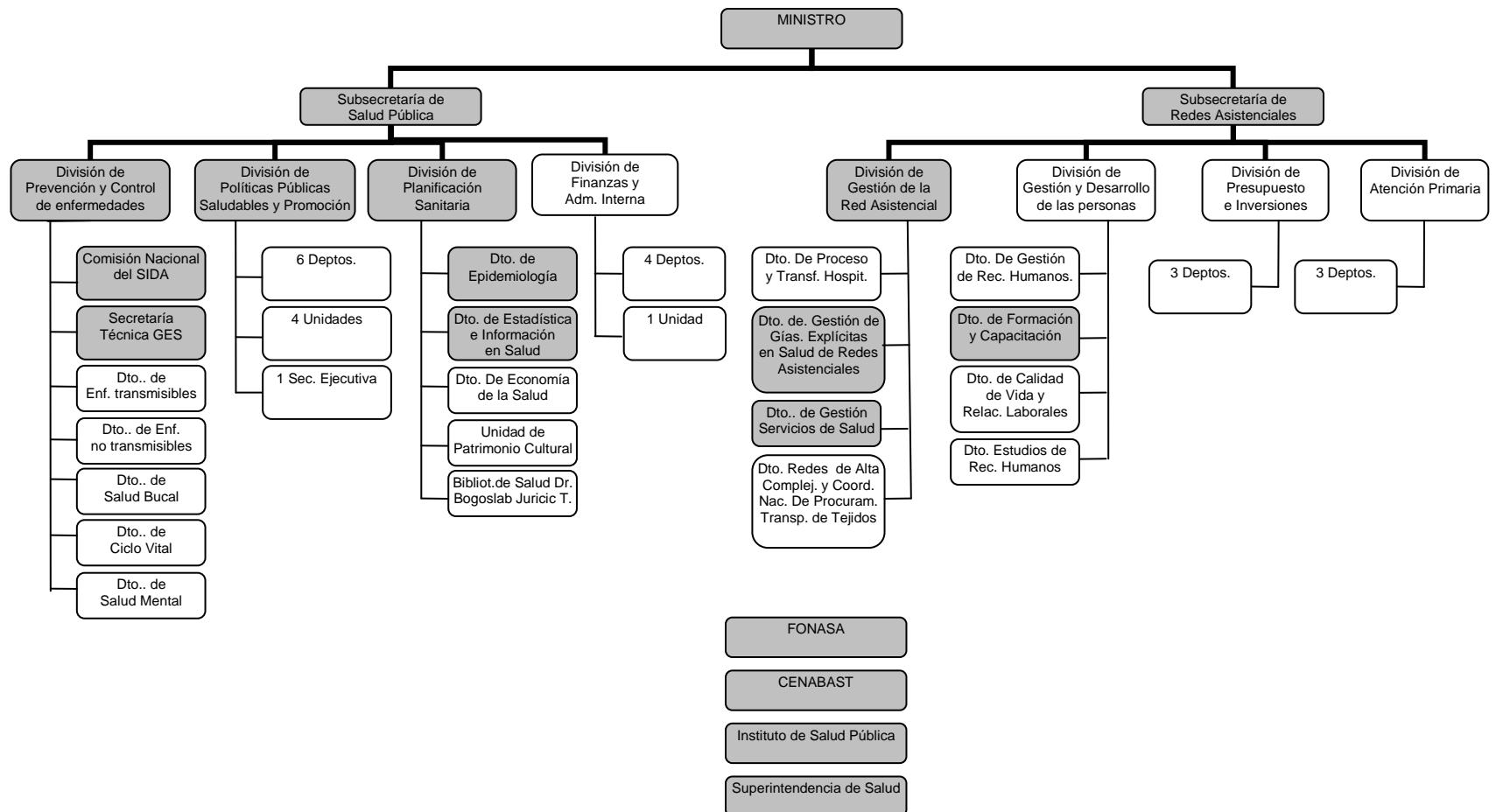
La organización del programa se define por tener un carácter interinstitucional en donde participan distintas instituciones del sector salud que se vinculan en diversos procesos clave para la producción de componentes.

El conjunto de instituciones que conforma la estructura organizacional del Programa y sus funciones⁹⁰ vinculadas se presentan a continuación

- Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA), sus Divisiones y Departamentos.
- Subsecretaría de Salud Pública (SSSP), sus Divisiones y Departamentos
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. (SEREMIs)
- Servicios de Salud
- Establecimientos de Salud
- Organismos Autónomos del Ministerio de Salud
 - Fondo Nacional de Salud (FONASA)
 - Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST)
 - Instituto de Salud Pública.(ISP)
 - Superintendencia de Salud. (SIS)
- Departamento “Comisión Nacional del SIDA” (CONASIDA). Este Departamento depende de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) que a su vez depende de la Subsecretaría de Salud Pública. (SSSP).
- Departamento de Epidemiología. Este Departamento depende de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) que a su vez depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA).
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Este Departamento depende de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) que a su vez depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA).

El cuadro siguiente presenta el organigrama que muestra, en forma resumida, a las instituciones del Ministerio de Salud que se vinculan al Programas (Véase anexo complementario “Organigramas” para conocer la estructura completa) en las que se destaca a aquéllas directamente participantes en éste.

⁹⁰ www.minsal.cl



Subsecretaría de Redes Asistenciales

Su misión es regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas.

Sus **objetivos** principales son:

- Consolidar el funcionamiento de las redes y macroredes asistenciales, bajo estándares de calidad establecidos, con eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo, garantizando la participación social en salud.
- Consolidar el sistema de Garantías Explícitas en Salud (AUGE) en los hospitales de la red de servicio público, así como en la atención primaria de salud, superando brechas de tecnologías sanitarias y con criterios de equidad.
- Fortalecer la Atención Primaria y el acceso a los servicios de urgencia, perfeccionando los criterios de derivación y protocolos de atención en los distintos niveles de prestaciones que se entregan en salud.
- Desarrollar recursos humanos centrados en el usuarios en concordancia con los requerimientos del Régimen de Garantías en Salud (AUGE), en un marco de participación interestamental y multidisciplinaria para asegurar un trato amable, digno y respetuoso de las personas.
- Perfeccionar los mecanismos contables y financieros de los servicios de salud y de las redes asistenciales, optimizando el gasto y proponiendo políticas que permitan controlar la deuda hospitalaria.

Subsecretaría de Salud Pública

La misión de la **Subsecretaría de Salud Pública** es asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década.

Sus objetivos son:

- Abordar los nuevos desafíos de calidad de la salud de la población y acceso oportuno a las prestaciones e intervenciones de Salud Pública, a través del fortalecimiento de las Autoridades Sanitarias Regionales, velando por ambientes saludables y mejorando la calidad de vida de la población.
- Ejecución, monitoreo y evaluación de los planes regionales de salud, incorporando el enfoque de los determinantes sociales, de equidad para la población y el seguimiento de los objetivos sanitarios de la década. Aumentar las intervenciones en los ámbitos de fiscalización, vigilancia, regulación, promoción y focalización en población vulnerable (niños, niñas y adultos mayores), incentivando la participación ciudadana.
- Contribuir al proceso de diseño e implementación del Régimen de Garantías de Salud (GES-AUGE) y al proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios públicos de atención de salud, a través de la definición de garantías, elaboración técnica de guías clínicas, protocolos y canastas de prestaciones asociadas al GES.
- Proveer en calidad y cobertura los bienes de salud pública esenciales a la población, garantizando entre ellos vacunas, alimentación y vigilancia epidemiológica sanitaria-ambiental con el fin de mantener y mejorar la salud de las personas.
- Coordinar con otros servicios públicos el enfrentamiento adecuado de las emergencias sanitario ambientales y las materias y acciones que generan impacto sobre la población.

- Le corresponde proponer al ministro políticas, normas, planes y programas; velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.

El Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas. Le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas en relación a las materias señaladas, velar por su cumplimiento y coordinar las acciones con el Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública e impartirles instrucciones. Será el superior jerárquico de las secretarías regionales ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del ministro, coordinará las mencionadas secretarías

De las Subsecretarías dependen “divisiones”, cuatro divisiones cada subsecretaría

De las 4 divisiones de la SSSP, dos están vinculadas al programa: la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) y la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

División de Planificación Sanitaria (DIPLAS):

Su misión es formular y evaluar los Objetivos Sanitarios Nacionales y contribuir a las políticas públicas de salud, liderando el proceso de planificación en coordinación con las otras instancias sectoriales, a través de la identificación de necesidades, su priorización, la propuesta de líneas de acción y su evaluación, considerando el acervo histórico cultural sanitario, con criterios de eficiencia y calidad, con el fin de contribuir a asegurar el derecho a la protección de la salud de la población.

Sus objetivos principales son:

- Producir sistemática y oportunamente planes, normas, estadísticas, información, conocimientos de calidad, en respuesta a la demanda, de forma coherente con las políticas de salud y cumpliendo las Líneas Prioritarias 2006.
- Asesorar en el diseño de políticas planes y programas y en el proceso de asignación de recursos del sector, colaborando en la función rectora del Ministerio de Salud, a través del ejercicio de las siguientes funciones:
- Proponer los objetivos sanitarios nacionales y el plan nacional de salud, realizar su seguimiento, evaluarlos y proponer su actualización.
- Proponer el listado de programas, enfermedades o condiciones de salud prioritarias y colaborar en la propuesta de garantías explícitas en salud.
- Analizar, proponer y evaluar políticas, normas y orientaciones técnicas para el desarrollo de la epidemiología, de la vigilancia en salud pública, de las estadísticas de salud y de la economía de la salud.
- Efectuar ordenar y coordinar las acciones en las materias arriba señaladas.
- Contribuir en la conservación de las huellas, registros y bienes que dan cuenta de la evolución histórica de la salud.
- Asesorar en la formulación del presupuesto sectorial, en lo que dice relación al cumplimiento de los objetivos sanitarios y los principios de política sectorial.
- Asesorar a las autoridades en las materias de su competencia y realizar estudios con fines específicos.
- Representar al Ministerio de Salud en instancias relacionadas con las materias de su competencia.

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

Su misión es definir, sobre la base de la más sólida evidencia existente, los estándares de calidad exigibles a las intervenciones sanitarias dirigidas a problemas de salud prioritarios. Además, se busca

contribuir a sustentar las decisiones políticas ministeriales en el análisis de la información relevante acerca de evidencia científica y características del entorno en que se desarrolla dicho proceso de definición de políticas.

Sus objetivos principales son:

- Aportar evidencia para la definición de prioridades en materia de problemas de salud a integrar en el régimen garantizado e intervenciones adecuadas para su enfrentamiento.
- Definir estándares de calidad para el desarrollo de programas de salud apuntados a prioridades sanitarias reflejadas en los objetivos sanitarios de la década.
- Contribuir a la mejoría continua de la gestión y la efectividad de la acción de las autoridades sanitarias regionales.
- Mejorar las relaciones de colaboración mutua al interior de la división y en sus relaciones con el resto de las dependencias ministeriales, promoviendo un estilo de trabajo responsable, cooperativo, interdisciplinario y fraterno.

Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS)

De acuerdo a las disposiciones establecidas en la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremi) tienen una serie de funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud.

- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.
- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario ambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14C.
- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneos para los establecimientos públicos y privados.
- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan. En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los servicios de salud. Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.
- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos. Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.
- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos y aquellas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.
- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4º de la ley N° 19.813.
- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.
- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

SERVICIOS DE SALUD (SS)

De acuerdo a las disposiciones establecidas sobre Autoridad Sanitaria⁹¹ y en el Reglamento de los Servicios de Salud⁹² sus funciones son las siguientes:

- Articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.
- En lo que se refiere a su funcionamiento, se someterán a la supervigilancia del Ministerio de Salud y deberán cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.
- Los Servicios son organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Sus sedes y territorios serán establecidos por decreto supremo del Ministerio de Salud, por orden del Presidente.
- Los Servicios son los continuadores legales del ex Servicio Nacional de Salud y del ex Servicio Médico Nacional de Empleados, dentro de sus respectivos territorios y tienen los mismos derechos y obligaciones que correspondían a esas instituciones, para los efectos de cumplir las funciones que les competen.
- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.
- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.
- La Red de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.
- En aquellas regiones que tengan más de un Servicio existirá un Consejo de Coordinación de Redes Regionales integrado por los Directores de los respectivos Servicios, que será presidido directamente por el Subsecretario de Redes Asistenciales o por quien éste designe. Su funcionamiento se regirá por las normas e instrucciones que éste imparta al respecto. Su función será diseñar, proponer y evaluar mecanismos de coordinación e integración técnica y administrativa de la Red Asistencial regional en lo referido al desarrollo de los diferentes niveles de complejidad de los establecimientos integrantes de la Red, así como de los sistemas de comunicación, referencia, derivación y contraderivación de pacientes y las demás materias que sean necesarias para la adecuada atención de la población y el mejor uso de los recursos.

En términos de la organización, cada servicio está a cargo de un Director, encargado de la organización, planificación, evaluación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de la red asistencial del territorio de su competencia.

En términos financieros los Servicios de Salud deben:

- Elaborar el proyecto de presupuesto de los establecimientos de su dependencia, que integran la red a su cargo, y formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los proyectos de presupuesto de los Establecimientos de Autogestión.

⁹¹ Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937, Diario Oficial del 24 de febrero de 2004, Artículo 9º

⁹² Decreto 140 de 2004

- Elaborar y presentar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales el proyecto de presupuesto del Servicio, y ejecutarlo de acuerdo a las normas relativas a la Administración Financiera del Estado y proponer las modificaciones y suplementos que sean necesarios

Los Servicios de Salud tienen un rol clave desde la perspectiva de la atención al usuario del Programa. Se interconectan en al ámbito operativo, relacionado con la detección, diagnóstico, control y seguimiento de pacientes. La atención se lleva a cabo en los establecimientos de salud otorgando atención integral al paciente de acuerdo a los lineamientos y protocolos de atención que se definen desde CONASIDA.

En cuanto a las funciones de los **Organismos Autónomos**, vinculadas al Programa, éstas se describen a continuación:

Fondo Nacional de Salud

El Fondo Nacional de Salud es el organismo público encargado de otorgar el financiamiento y de monitorear y evaluar el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), tanto en el caso de las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en Fonasa, como en aquéllas que por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte directo.

En términos de la estructura organizacional FONASA participa a través del Departamento de Comercialización, con sus dos subdepartamentos: Plan de Beneficios e Intermediación de Compra.

Entre las principales funciones que realizan para el Programa se destacan:

- Estudio de costos anuales para proyecto presupuestario junto a CONASIDA. (Subdepartamento de Beneficios)
- Proceso de Intermediación de pago centralizado de los Servicios de Salud a CENABAST. (Subdepartamento de Intermediación de Compra).
- Reportes de Gestión.
- Financiamiento a través del régimen GES.

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud, Ley 19.966, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen General de Prestaciones de Salud y que implica garantizar la cobertura según las necesidades de las personas que lo requieran. Tiene implicancias tanto para el sector público como para el privado.

Las Garantías Explícitas en Salud son un derecho para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante FONASA, ISAPRES o la Superintendencia de Salud. (Véase anexo complementario GES en VIH/SIDA)

- El Fondo Nacional de Salud (FONASA) deberá asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus beneficiarios.
- Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) están obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección.

Las Garantías Explícitas en Salud son elaboradas por el Ministerio de Salud, y deben ser aprobadas mediante Decreto Supremo por los Ministerios de Salud y de Hacienda. Las Garantías establecidas en la Ley son las siguientes:

- Garantía Explícita de Acceso.
- Garantía Explícita de Calidad.
- Garantía Explícita de Oportunidad.
- Garantía Explícita de Protección Financiera.

FONASA, deberá cubrir el valor total de las prestaciones a sus afiliados en los niveles A y B, y podrá ofrecer una cobertura mayor a las personas pertenecientes a los niveles C y D, de acuerdo a las normas establecidas en el Título IV de la Ley 18.469. En el contexto del título IV de la Ley 18.469 en las prestaciones a las personas que viven con VIH/SIDA beneficiarias de FONASA, la cobertura será de acuerdo a los niveles A, B, C y D⁹³.

El Régimen General de Garantías en Salud considera, además, el Examen de Medicina Preventiva constituido por un plan de monitoreo y evaluación de salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de disminuir la morbimortalidad, debida a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables y que han sido definidas como prioritarias desde el punto de vista sanitario. En el caso del Programa este examen incorpora el examen de VIH y de VDRL (sífilis) a las embarazadas.

Por tanto, en el Programa VIH/SIDA, FONASA financia y garantiza con mecanismo de transferencia del programa de **prestaciones valoradas** (PPV), las siguientes prestaciones:

- Exámenes de detección de VIH en embarazadas.
- Exámenes de monitoreo para evaluar aspectos inmunológicos, virológicos y resistencia a los ARV en personas que viven con el VIH.
- Tratamientos ARV para las PVVIH en control que lo requieren.
- Tratamiento de enfermedades oportunistas.

Y a través del Programa de **prestaciones institucionales** (PPI) las siguientes prestaciones:

- Atenciones profesionales
- Exámenes complementarios
- Exámenes de detección de sífilis en embarazadas , mayores de 15 años con conductas sexuales de riesgo, nivel secundario y terciario
- Hospitalizaciones
- Prestaciones asociadas a las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Y a través de transferencias a la Atención Primaria en Salud (APS)

- Examen de medicina preventiva en sífilis y VIH.

Central de Abastecimiento (CENABAST)

La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Depende jerárquicamente del Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales debe sujetarse en el ejercicio de las actividades, en la forma y condiciones establecidas en las normativas vigentes⁹⁴.

Sus funciones son:

- Proveer de medicamentos, instrumental y demás elementos o insumos que puedan requerir los organismos, entidades, establecimientos y personas integrantes o adscritas al sistema para la ejecución de acciones de fomento, protección o recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas, con el sólo objeto de cumplir los planes y programas del Ministerio. Asimismo, debe proveer de estos insumos a los demás organismos públicos, (Municipalidades, Establecimientos de Salud propios de las Universidades de Chile y Católica, establecimientos de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden) entre cuyos fines institucionales esté la realización de

⁹³ Niveles y valores en \$ al año 2009

Tramo A: sin ingresos, cobertura FONASA 100%, copago usuario 0;

Tramo B: ingreso igual o inferior a \$165.000, cobertura FONASA 100%, copago usuario 0;

Tramo C: ingreso mayor a \$165.000 e inferior a \$202.950, cobertura FONASA 90%, copago usuario 10%;

Tramo D: ingreso igual o mayor a \$202.950, cobertura FONASA 80%, copago usuario 20%;

⁹⁴ D.L. N°2763/79

- acciones de salud a favor de sus beneficiarios de conformidad al reglamento. También a organismos privados cuyos fines institucionales sean los señalados.
- Adquirir, almacenar, distribuir, transportar, arrendar y vender esos elementos a los organismos, entidades, establecimientos y personas que formen parte del Sistema.
 - Mantener en existencia una cantidad adecuada de elementos de la misma naturaleza determinados por el Ministerio de Salud, necesarios para el eficiente cumplimiento de sus programas.

Con respecto a su vinculación al Programa de VIH/SIDA y las ITS, la Central de Abastecimiento (CENABAST) del Sistema Nacional de Servicios de Salud tiene por objetivo intermediar la compra de fármacos e insumos clínicos (principalmente ARV y preservativos) a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El instrumento utilizado es el oficio que elabora CONASIDA de acuerdo al “plan de compras” el cual considera los siguientes elementos para establecer las cantidades y tipo de ARV y preservativos a comprar:

- Período de tiempo que cubrirá la compra.
- Estimación de personas que recibirán TARV durante el período.
- Estimación de la cantidad de preservativos y lubricantes.
- Estimación de consumo de ARV de acuerdo a los esquemas terapéuticos.
- % de cambio de ARV por toxicidad.
- % de cambio de ARV por fracaso de tratamiento
- Stock de ARV disponibles en Farmacias de Hospitales y Bodegas de Almacenamiento de Compañías Farmacéuticas.
- Cuantificación de necesidades para Stock Crítico.
- Período de tiempo que durará el proceso de licitación, hasta que los ARV y preservativos estén disponibles para su distribución a los establecimientos de la red y SEREMIS.
- Disponibilidad de recursos financieros

La CENABAST será la encargada de realizar la compra de ARV a través del “proceso de compra” sea por licitación, trato directo u otro, a partir de la recepción del “ordinario de compra” que FONASA suministra a CENABAST. De este modo, el proceso se inicia con la elaboración del “plan de compra” (CONASIDA), sigue con el “ordinario de compra” desde Subsecretaría de Salud Pública a Director de FONASA, FONASA solicita refrendación presupuestaria y emite “ordinario de compra a CENABAST y culmina con el “proceso de compra” (CENABAST).

Instituto de Salud Pública (ISP)

El **Instituto de Salud Pública** (ISP) de Chile realiza labores en diversas áreas de la salud, como evaluación de calidad de laboratorios, vigilancia de enfermedades, control y fiscalización de medicamentos, salud ambiental, salud ocupacional, producción y control de calidad de vacunas, entre otros. Como parte del programa, el ISP realiza distintas actividades relacionadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y las Infecciones de Transmisión Sexual.

En este contexto, la sección SIDA del Subdepartamento de Virología, realiza:

- El programa de evaluación externa de la calidad de la red de laboratorios públicos y privados del país desde el año 1989, evaluando aproximadamente a 280 establecimientos,
- El seguimiento de los pacientes VIH positivos a través del examen de carga viral a los pacientes del sistema público de salud, siendo además referente para la red de los laboratorios que ejecutan dicho examen
- Evaluación de ensayos comerciales que determinan la sensibilidad y especificidad de la técnica, lo cual es relevante en el tamizaje de VIH⁹⁵
- Vigilancia molecular de los subtipos VIH que circulan en el país
- Seguimiento y diagnóstico de SIDA pediátrico a hijos(as) de madre VIH positiva⁹⁶

⁹⁵ Circular 4f/53

⁹⁶ Norma Minsal N° 81)

- El diagnóstico de la infección por VIH en el país está amparado en la normativa vigente⁹⁷, siendo el ISP el único organismo que realiza el examen confirmatorio. La realización de exámenes de confirmación ha ido en aumento en los últimos 5 años registrándose un total de 7024 muestras recibidas en el 2009.

Superintendencia de Salud (SIS)

La **Superintendencia de Salud (SIS)** es una institución pública que colabora en la satisfacción de las necesidades de salud de todos los chilenos, aportando y promoviendo soluciones a los problemas sanitarios de modo ágil, creativo e innovador. Este organismo es el encargado de fiscalizar las acciones del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Este rol de fiscalización se aplica al VIH-SIDA en tanto parte del programa está cubierto por GES.

La Superintendencia de Salud es la encargada de:

- Supervigilar y controlar a las Isapres y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.
- Supervigilar y controlar al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud.
- Fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

De acuerdo a la legislación vigente⁹⁸, la Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud ejerce funciones de supervigilancia y control de las Garantías Explícitas en Salud (GES) indicándose que, entre otras obligaciones, debe “interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento de las garantías explícitas en salud, impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento”.

En directa relación al GES la ley establece⁹⁹ que “el régimen general de garantías contendrá garantías explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones”. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deben asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus beneficiarios, agregando que las garantías explícitas en salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante Fonasa o ISAPRES (primera instancia) o a Superintendencia de Salud (segunda instancia) y a las demás instancias que correspondan. Dicha ley¹⁰⁰ también establece que la SIS establecerá los mecanismos que deben implementar, tanto el FONASA como las ISAPRES para cumplir con la garantía explícita de oportunidad.

Inserción del Programa Nacional de Control del VIH/SIDA y las ITS

El Programa Nacional de Control del VIH/SIDA y las ITS se desarrolla fundamentalmente en el Departamento Comisión Nacional del SIDA, dependiente de la DIPRECE, y se relaciona con los Departamentos de Epidemiología y de Estadística e Información en Salud, dependientes de la DIPLAS. Las funciones de los departamentos se presentan a continuación:

⁹⁷ Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud

⁹⁸ Decreto con Fuerza de Ley N°1 de Salud 2005, Artículo 115.

⁹⁹ Ley N°19.966, Artículo 2

¹⁰⁰ Ley N°19.966, Artículo 29

Departamento de Epidemiología:

Su misión es la de obtener y analizar información que permita desarrollar un proceso de toma de decisiones basado en la situación epidemiológica existente y proyectada y coordinar la respuesta global del sistema ante situaciones de emergencia epidemiológica.

Las principales funciones de este departamento son:

- Conocer la situación de salud en diferentes grupos de población, sus determinantes y sus tendencias, identificando los problemas de salud prioritarios en la población.
- Realizar vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas determinantes de la situación de salud.
- Favorecer el desarrollo y realizar investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud.
- Colaborar y realizar seguimiento y evaluación de impacto de políticas e intervenciones.
- Analizar la información específica y comunicar los resultados a los responsables políticos y a la población, de forma que tenga el máximo de utilidad y oportunidad.
- Fomentar la incorporación de las herramientas epidemiológicas en la gestión del sector

Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)

El Departamento contribuye con estadísticas de salud constituidas por un conjunto de sistemas de registros continuos, complementados con datos provenientes de fuentes censales y muestrales, que comprenden, al menos, las siguientes áreas, que permiten conocer las características de presentación del VIH/SIDA e ITS en la población:

- **Estadísticas de Población:** Con base en estimaciones y en registros continuos de los habitantes que residen el territorio que corresponde a cada establecimiento de salud y a cada conglomerado territorial subregional o regional. Estos últimos procedimientos de recolección de datos son gestionados por el sistema de salud.
- **Estadísticas Vitales:** Basadas en el registro de los hechos vitales, así definidos por convención internacional (nacimientos, defunciones, defunciones fetales, matrimonios, anulaciones, separaciones, adopciones y otros). De éstos, los tres primeros son de máximo interés en salud.
- **Estadísticas de Morbilidad:** Que emanan de diversas fuentes de registro, como el Sistema de Declaración de Enfermedades Obligatorias, el de Egresos Hospitalarios y los registros especiales de algunas enfermedades, como los tumores malignos, los accidentes, las enfermedades ocupacionales, las intoxicaciones por plaguicidas, los efectos adversos por medicamentos y otros.
- **Estadísticas de Recursos para la Salud:** Que se originan en los registros administrativos básicos de Personal, de Recursos Físicos, de Insumos y de recursos Financieros, de los cuales se obtienen combinaciones específicas -instrumentos de la producción de actividades en salud-, mediante técnicas de análisis especializadas.
- **Estadísticas de Atenciones y Acciones en Salud:** Derivadas del registro permanente que se efectúa en todos los establecimientos de salud con ocasión de la realización de todo género de actividades de Promoción de Salud, de Protección específica de la Salud, de Recuperación de la Salud, de Rehabilitación de secuelas y daños a la salud. Comprende, asimismo, las acciones de Salud Pública en materias de intervenciones sobre el ambiente, de vigilancia de riesgos, enfermedades y otras.
- **Estadísticas Económico-Sociales:** Relacionadas con la salud, generalmente captadas en fuentes que no forman parte del sistema de salud, mediante cuyos productos se puede especificar el análisis epidemiológico (grupos de riesgo delimitados mediante variables sociales), identificar disponibilidades de personal profesional y técnico en el país, calificar procesos del mercado y financieros vinculados con la actividad de la salud, obtener resultados de la investigación científica, determinar factores que influyan sobre las necesidades de salud de cada grupo social y abordar otros procesos de fundamentación en las decisiones de salud

Departamento Comisión Nacional del SIDA

La Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) es responsable de la elaboración y coordinación ejecutiva del Programa de Prevención y Control del SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

El Programa Nacional de Prevención del VIH/SIDA y las ITS es coordinado desde la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA)¹⁰¹, encargado de "proponer al Ministro de Salud las medidas técnicas, jurídicas y administrativas necesarias para una mejor prevención, vigilancia, pesquisa y control de esta enfermedad y, en general, aquellas que sean necesarias para la ejecución de las funciones asignadas a esta Secretaría de Estado"¹⁰².

Esta comisión funciona en el Ministerio de Salud y tiene una dependencia funcional de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública. En el ejercicio de la coordinación del programa, CONASIDA utiliza la planificación estratégica, para lo cual elabora planes anuales de trabajo, de acuerdo con el escenario nacional y mundial. Trabaja en coordinación con las diferentes instancias sectoriales, sociedades científicas, centros académicos, organizaciones ciudadanas, otros organismos gubernamentales y organismos internacionales.

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

Para el logro de la misión, el programa:

- Diseña, evalúa y actualiza normas, protocolos, guías clínicas y procedimientos basándose en información científica disponible, con el objetivo de que la población acceda a la atención, control, apoyo psicosocial y tratamiento en forma oportuna y de calidad.
- Gestiona la implementación sectorial y promueve el desarrollo intersectorial de la Estrategia Nacional de Prevención de la transmisión del VIH/SIDA y las ITS, cuyo objetivo es contribuir a la disminución de la transmisión, fortaleciendo la capacidad de las personas para gestionar su propio riesgo y aportando en la disminución de su vulnerabilidad.
- Gestiona la capacitación de equipos de salud del sector público, permitiendo el mejoramiento de las capacidades técnicas para la atención clínica y la estrategia de prevención.
- Gestiona estudios e investigaciones para medir cambios de la sociedad chilena relativos al tema y para evaluar las políticas e intervenciones implementadas. Asimismo, elabora y difunde información actualizada sobre el VIH/SIDA y las ITS, asociando los determinantes sociales a las características de estos problemas de salud.

Todo lo anterior se realiza de acuerdo a:

- 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, etc.).
- Los principios de participación, descentralización, equidad, intersectorialidad y una cultura centrada en las personas.
- Los principios éticos del derecho a la vida, la decisión en conciencia libre e informada, la privacidad y la confidencialidad; respeto por los valores, creencias y dignidad de las personas; defensa de la solidaridad y rechazo a la discriminación.

¹⁰¹ Decreto Exento N° 58 de 2005 del Ministerio de Salud

¹⁰² Decreto supremo N° 466 de 1987

Objetivos Estratégicos

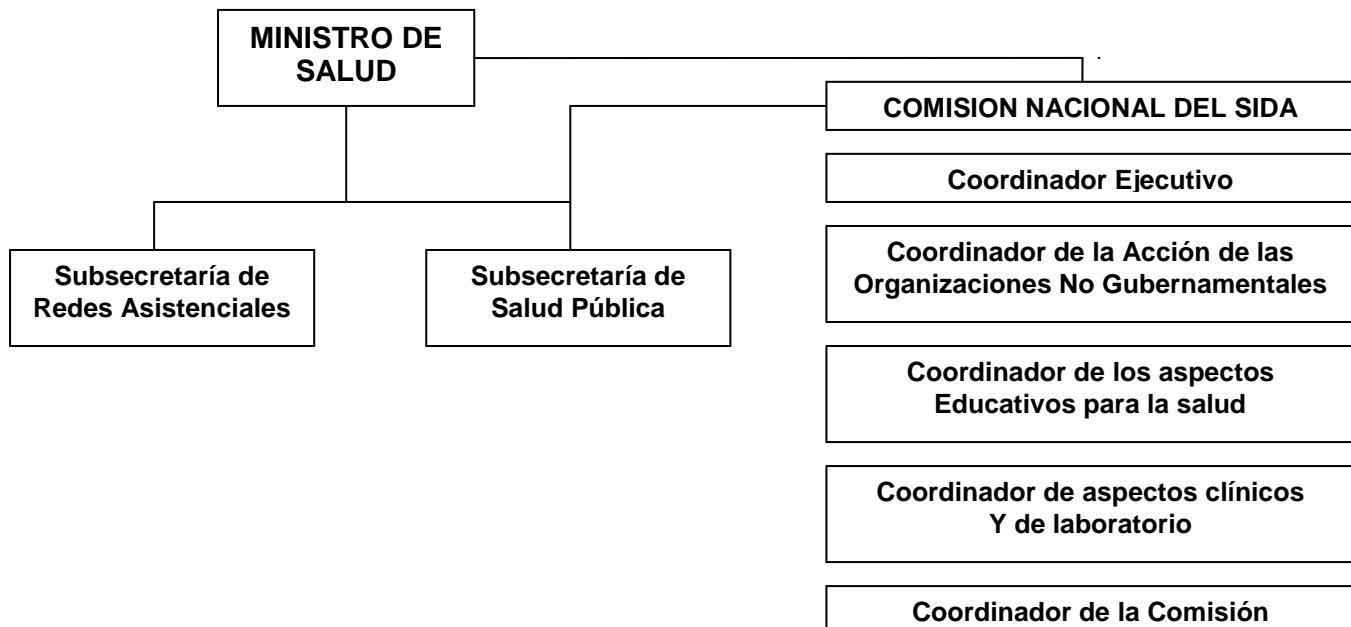
- Fortalecer la rectoría y regulación de la prevención y atención del VIH/SIDA y las ITS, mediante la actualización de normativas, el monitoreo de la implementación de los modelos de atención en las Redes Asistenciales y la evaluación de sus resultados.
- Promover el diagnóstico, la atención biosicosocial y tratamiento oportuno, de calidad y no discriminatorio, entre los usuarios y prestadores, para contribuir a la adherencia a las prestaciones de salud, la disminución de la morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA e ITS.
- Liderar el desarrollo, ejecución y evaluación participativa en todos los niveles de la estrategia nacional de prevención para disminuir la transmisión del VIH/SIDA y la ITS.
- Desarrollar capacidades y competencias en la Autoridad Sanitaria y en la Red Asistencial para mejorar la implementación integral del programa.
- Mejorar continuamente los procesos y recursos humanos, tecnológicos y financieros, para gestionar el programa con eficiencia y calidad.

En cuanto a la asignación de responsabilidades respecto al funcionamiento del Programa, CONASIDA es el responsable principal. A partir de éste se establecen las coordinaciones necesarias para el funcionamiento del Programa. Las funciones de cada una de las instituciones involucradas se encuentran claramente establecidas.

El marco de funciones y responsabilidades de las diferentes instancias que conforman tanto el sector de público como el privado de salud está dado por la Ley de Autoridad Sanitaria y sus respectivos Reglamentos del Ministerio de Salud y de los Servicios de Salud. Dicho marco legal separa las funciones de rectoría y regulación con las de provisión de servicios y determina los responsables de cada una de ellas.

El organigrama en el cual se inserta la Comisión Nacional del SIDA, de acuerdo a la ley¹⁰³, se representa en el siguiente cuadro.

CUADRO 12



Fuente: CONASIDA

¹⁰³ Decreto Exento N° 58, del 28 de febrero de 2005, MINSAL

Estructura organizacional y mecanismos de coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS.

La gestión del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS depende del profesional que actúa como Coordinador(a) Ejecutivo(a) de la Comisión Nacional de SIDA. Para el desarrollo del programa el equipo de trabajo tiene una estructura combinada, de carácter funcional y matricial.

La estructura **funcional** permite un tratamiento diferenciado de los ámbitos del plan de acción, constituida por áreas de trabajo. La estructura **matricial** está conformada por equipos multidisciplinarios o multifuncionales surgidos desde dichas áreas.

Las **áreas** son unidades de trabajo estables formadas por equipos de profesionales y técnicos especializados. Para trabajos multifuncionales las áreas proporcionan su especialidad a través de profesionales para formar equipos de trabajo.

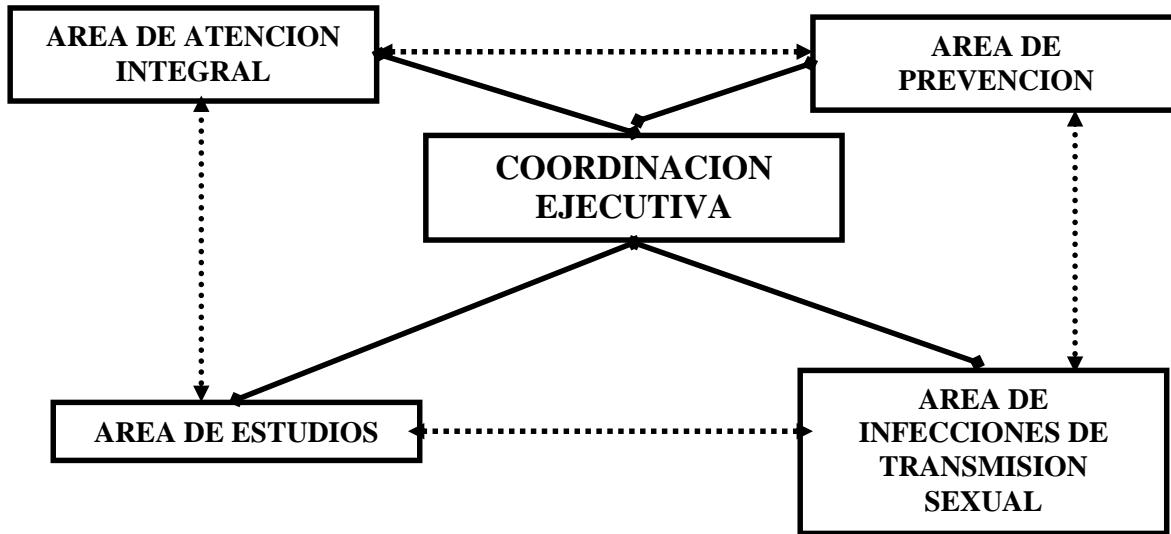
A través del tiempo, las funciones asociadas al programa se han ajustado a los cambios de estructura dados por la Reforma de Salud y las necesidades del MINSAL en coordinación con otros Departamentos e instancias sectoriales. De esta manera, la función de vigilancia epidemiológica, llevada a cabo hasta abril de 2005 por la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), se traspasa al Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. Ese mismo año se traspasan también las funciones de comunicaciones con medios de prensa al Departamento de Comunicaciones del Gabinete Ministerial, instancia con la cual el programa se coordina para el desarrollo de las Campañas de Comunicación Social. Las funciones de Presupuesto y Administración pasan a la unidad encargada de esta área en la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) de la Subsecretaría de Salud Pública.

Así, en la actualidad, CONASIDA y las áreas que la componen dependen funcionalmente de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) de la Subsecretaría de Salud Pública.

Las áreas funcionales de trabajo de la CONASIDA han sido establecidas de la siguiente manera y se representan en cuadro que continúa:

- **Área de Prevención.** Destinada a diseñar, planificar, implementar, supervisar y evaluar políticas, estrategias y proyectos de intervención para la prevención del VIH/SIDA y las ITS en las dimensiones de la estrategia nacional de prevención. Está ubicada en la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud
- **Área de Atención Integral.** Se encarga de proponer, promover y evaluar políticas para la atención integral de personas VIH/SIDA; coordinar el diseño, implementación y evaluación de protocolos de tratamientos ARV y de las infecciones oportunistas; apoyar el fortalecimiento de organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA. Dependen funcionalmente de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública. Se coordinan con FONASA y CENABAST para efectos de disponer de los tratamientos y con los Servicios de Salud para la coordinación de la atención de los usuarios, coordinación de importancia primordial para la implementación del programa en los establecimientos de atención de la red.
- **Área de Estudios.** Le corresponde facilitar y proponer estudios e investigaciones y difundir sus resultados para apoyar decisiones con base en evidencia sobre aspectos socioculturales, económicos y clínicos del VIH/SIDA y las ITS..
- **Área de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).** Se encarga de elaborar, promover y apoyar la implementación de políticas nacionales para para el abordaje de las ITS, y definir las estrategias y normativas para llevar a cabo el control de salud del comercio sexual y el plan nacional para la eliminación de la sífilis congénita.

CUADRO 13



Fuente: CONASIDA

Con respecto a los mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades de la Unidad Responsable al interior de la institución (en sus distintos niveles funcionales y/o territoriales) y con otras instituciones relacionadas se han establecido los siguientes niveles:

Nivel Funcional

CONASIDA tiene una dependencia funcional y administrativa de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) dependiente, como se ha señalado, de la Subsecretaría de Salud Pública.

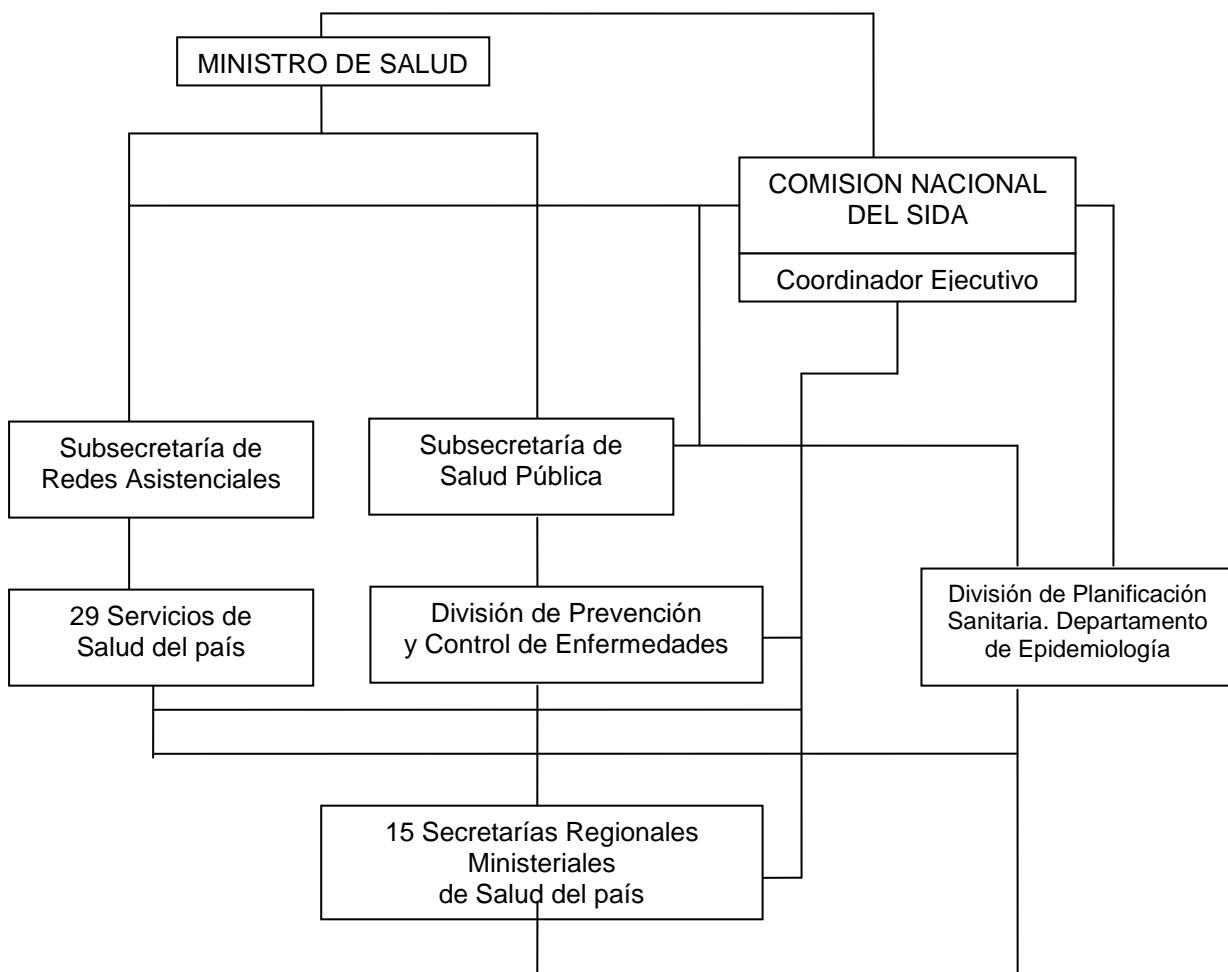
Nivel Territorial

La Coordinación Ejecutiva se comunica directamente con las 15 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país por la vía jerárquica de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).

En el caso de los 29 Servicios de Salud, la vía jerárquica es la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Existe coordinación con el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y el Departamento de Epidemiología, ambos de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS). Este Departamento se comunica con las SEREMIs y con los Establecimientos de los Servicios de Salud para las notificaciones de VIH/SIDA e ITS y para todas las acciones relacionadas con la Vigilancia Epidemiológica.

Lo anterior se representa en el siguiente cuadro.

CUADRO 14



Fuente: CONASIDA

MECANISMOS DE COORDINACIÓN

La articulación oficial se realiza a través de la relación, comunicación y coordinación entre autoridades sectoriales, cuyos instrumentos formales corresponden a Oficios y Memorandum, y todo instrumento de carácter oficial. La articulación cotidiana se realiza a través de la coordinación continua de la Coordinación Ejecutiva de CONASIDA o quien éste designe y la contraparte designada de la propia o de la otra institución con la cual se interactúa, es decir: Subsecretaría de Redes Asistenciales, CENABAST, FONASA, ISP, Superintendencia de Salud para los temas de competencia de cada uno.

Con respecto a las responsabilidades de cada institución, su supervisión así como eventuales mecanismos de corrección de puntos críticos identificados, el Programa a través de los mecanismos formales y oficiosos establecidos y utilizados, plantea las dificultades a las autoridades correspondientes quienes son las responsables finales de su abordaje.

- La Subsecretaría de Salud Pública, lugar del cual dependen las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y CONASIDA, está en el ámbito de la rectoría y la regulación.

- La Subsecretaría de Redes Asistenciales y los Servicios de Salud están en el área de regulación y provisión de servicios.
- Las actividades de los programas destinadas a promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud se realizan, en el sector público a través y en la Red de Establecimientos de los Servicios de Salud
- Las acciones de prevención y promoción de carácter intersectorial y regional son realizadas por las SEREMIS.
- La función de financiamiento está radicada en el Fondo Nacional de Salud.
- La función de planificación de la compra y determinación de la distribución de medicamentos ART está radicada en CONASIDA
- La función de compra es responsabilidad de la Central Nacional de Abastecimiento y la distribución es responsabilidad de las empresas farmacéuticas en el caso de los ARV. En el caso de los preservativos ambas funciones son de responsabilidad de CENABAST.

a) Coordinaciones en el ámbito del financiamiento del Programa.

El financiamiento de las acciones de los programas es diverso y complejo. En el caso del VIH y las ITS, en términos generales, el mapa de financiamiento (descrito en el proceso de producción de componentes) es el siguiente:

- Acciones de prevención realizadas por SEREMIS: asignación de recursos financieros desde la Subsecretaría de Salud Pública para Planes de Salud Pública en la cual se inserta la Respuesta Regional Integrada en Prevención (RRIP), preservativos y material educativo en general. Recursos financieros del programa en Subsecretaría de Salud Pública para compra centralizada vía procesos de licitación a través de CENABAST o convenios marco.
- Preservativos para la red de establecimientos de los Servicios de Salud: recursos financieros del programa en Subsecretaría de Salud Pública, compra centralizada vía procesos de licitación a través de CENABAST. Los propios establecimientos y los Servicios de Salud también pueden destinar parte de su presupuesto a la compra de preservativos.
- Atención a personas que requieran el examen de detección del VIH o que lo soliciten: recursos humanos del establecimiento municipal o dependiente del Servicio de Salud; el examen de medicina preventiva se financia, por una parte con recursos provenientes de las transferencias vía programa de prestaciones institucionales (PPI) asignadas a los Servicios de Salud (específicamente reactivos para el test diagnóstico para embarazadas -test de Elisa y test rápido) y por otra con recursos disponibles en el PPV, sub programa AUGE, sub programa VIH/SIDA, administrado por FONASA
- Atención a Personas Viviendo con VIH se realiza en establecimientos de atención secundaria: recursos humanos del establecimiento dependiente del Servicio de Salud,
- Atención a personas en control de salud sexual y con ITS: recursos humanos del establecimiento dependiente del Servicio de Salud, exámenes diagnósticos y medicamentos por Programa de Prestaciones Institucionales (PPI).

b) Coordinaciones en el proceso de gestión de compra, facturación y pago de medicamentos, preservativos y lubricantes

La coordinación en los procesos de compra, facturación y pago se realiza de la siguiente manera:

i. Proceso de compra y distribución de fármacos, preservativos y lubricantes

Las Subsecretarías de Salud Pública y/o Redes Asistenciales determinan los requerimientos de fármacos según la población ingresada en cada uno de los programas de medicamentos de alto costo (MAC) en base a los protocolos definidos. En el caso del VIH/SIDA esta función ha sido realizada por CONASIDA, Subsecretaría de Salud Pública. La nómina de los beneficiarios que acceden a los programas mencionados la maneja el Ministerio de Salud y en el caso del VIH/SIDA, por ser dato sensible, la nómina codificada la maneja confidencialmente CONASIDA, así como los establecimientos en los cuales las personas se controlan.

El Ministerio de Salud solicita a FONASA la compra centralizada de los fármacos requeridos con sus especificaciones técnicas para cubrir la demanda de toda la población ingresada a cada programa a nivel nacional.

FONASA, a través de ordinarios, solicita la compra a la CENABAST en base a requerimientos del Ministerio de Salud.

CENABAST lleva a cabo un proceso de compra que puede ser licitación pública (vía Chilecompra) o trato directo con el proveedor (casos de urgencia o mono proveedores). Este proceso puede demorar desde 30 días hasta 6 meses, con un promedio de unos 4 meses, el que finaliza con la correspondiente orden de compra (OC) y recepción de los fármacos.

La distribución de los fármacos puede ser directamente desde el proveedor a los establecimientos o bien a través de la CENABAST, forma de distribución que se define durante el proceso. La distribución de los ARV la realiza directamente el proveedor de acuerdo a listados enviados por CONASIDA, (con copia a CENABAST y FONASA).

Una vez distribuidos los fármacos y recibidos “conforme” por el establecimiento, CENABAST emite la factura correspondiente.

En el caso de los preservativos y lubricantes la distribución es realizada por CENABAST de acuerdo a instrucciones de CONASIDA. Los procesos de distribución y recepción son monitoreados y evaluados por CONASIDA. La compra de preservativos para el programa se realiza en base al Presupuesto asignado desde la Subsecretaría de Salud Pública para ese efecto. Este presupuesto se distribuye en compras de preservativos resistentes, extraresistentes y lubricantes para ser utilizados en las SEREMIS de SALUD (actividades y proyectos de prevención) y en establecimientos de salud del sistema público según lo establece la norma de ITS¹⁰⁴.

CONASIDA solicita la compra mediante un ordinario que envía la Subsecretaría de Salud Pública a CENABAST, que además contiene los requisitos técnicos de estos insumos. Al ser una compra centralizada, cancelada por la Subsecretaría de Salud Pública, los establecimientos de la red asistencial dependen de este proceso para disponer de preservativos para su entrega en la atención de los usuarios y usuarias del programa

ii. Proceso de Facturación

CENABAST envía mensualmente (día 25 de cada mes) -vía correo electrónico- una planilla Excel con el detalle de fármacos despachados durante el mes inmediatamente anterior por cada programa a la encargada de compra del Subdepartamento de Intermediación de Compra de FONASA. La planilla contiene la siguiente información: Servicio de Salud, establecimiento, medicamento, Nº orden de compra, valor unitario medicamento, cantidad despachada, número de factura, fecha factura, guías de despacho asociadas, valor neto, valor bruto, entre otros datos.

FONASA recibe el informe de facturación y procede a enviar -vía correo electrónico- al Director de cada Servicio de Salud, con copia a los encargados del tema que han sido nombrados por éstos (Dept. Jurídica, Abastecimiento, Farmacia, Dpto. Finanzas, etc.), detalle de la facturación del programa VIH/SIDA solicitando la emisión del “mandato” correspondiente al monto facturado ese mes.

El objeto de este mail es que el Servicio de Salud verifique, contra recepción de guías de despacho y facturas, la pertinencia de los cobros informados a FONASA y en base a esta

¹⁰⁴ N.G.T. 103, D.E. 424 del 17 de julio del 2008.

revisión emita el mandato de pago centralizado a la CENABAST con el objeto de cubrir las obligaciones de pago correspondientes.

Con respecto a los preservativos, la factura emitida por CENABAST por cada compra se envía a la Subsecretaría de Salud Pública, la cual cancela a CENABAST.

iii. Proceso de Pago Centralizado

Para antiretrovirales

En virtud de un convenio suscrito entre los Directores de Servicios de Salud, FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud solicitan a FONASA el pago centralizado de las facturaciones recibidas por fármacos efectivamente recibidos y envían un “Mandato de Pago”, por el monto facturado, con cargo a su presupuesto. Esto implica rebajar del presupuesto del Servicio el monto mandatado y pagar centralizadamente a la CENABAST a cuenta de su presupuesto asignado.

Los servicios envían a FONASA el o los mandatos de pago centralizado, según corresponda, especificando facturas, monto y programa.

El Subdepartamento de Intermediación de Compra de FONASA registra los mandatos de pago recibidos y solicita al Subdepartamento de Programación Financiera la transferencia de recursos a los Servicios de Salud y, cuando corresponde, el pago centralizado a la CENABAST para pagar las obligaciones financieras adquiridas por ésta, por concepto de fármacos que han sido despachados y recibidos por los establecimientos, contra facturación emitida por CENABAST.

El Subdepartamento de Programación Financiera de FONASA realiza las transferencias de recursos solicitada por el Subdepartamento de Intermediación, con cargo al presupuesto de cada Servicio de Salud, según corresponda, en función del programa específico VIH/SIDA (y otros) e ítem presupuestario respectivo (Programa Prestaciones Valoradas (AUGE SIDA). Ello, a través de una transferencia bancaria, la cual es realizada para VIH/SIDA el día 25 de cada mes.

FONASA lleva el registro de estas acciones (relacionadas a ARV) e informa mensualmente a los Servicio de Salud los mandatos que han sido ejecutados

Para preservativos y lubricantes

Con respecto a los preservativos, la factura emitida por CENABAST por cada compra se envía a la Subsecretaría de Salud Pública, la cual cancela a CENABAST.

Recursos Humanos del Programa

El cálculo de los recursos humanos que participan en el programa es complejo de establecer, dado que las personas cumplen diversas funciones en más de un programa y no son exclusivos para el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS lo que ocurre fundamentalmente en el caso de los recursos humanos de la red asistencial. Excepción es el recurso humano de CONASIDA que sí se conoce y alcanzaba a 14 personas en marzo de 2010 (equipo multiprofesional, de gran competencia en los temas que aborda).

Para efectos de la atención integral de acuerdo al modelo vigente, se han establecido requerimientos cualitativos asociados a la capacitación en VIH/SIDA e ITS, del recurso humano médico, enfermera/matróna, psicólogo, nutricionista, asistente social, químico farmacéutico y técnico paramédico que constituyen una referencia del modelo. A partir de esta definición se han establecido

los requerimientos cuantitativos y, según su disponibilidad, se puede establecer la brecha de recursos humanos para la atención.

1.10. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

Con respecto a las responsabilidades de cada institución, su supervisión así como eventuales mecanismos de corrección de puntos críticos identificados, el Programa a través de los mecanismos formales y oficiosos establecidos y utilizados, plantea las dificultades a las autoridades correspondientes las cuales son responsables finales de su abordaje.

De acuerdo con el Reglamento de los Servicios de Salud, la auditoría de procesos, la supervisión y la evaluación de las actividades involucradas en el proceso de atención de los pacientes son de responsabilidad directa de los gestores de red, es decir, de los Servicios de Salud.

La competencia de la Subsecretaría de Salud Pública en relación a los Programas está definida en el Reglamento del MINSAL. No obstante lo anterior, el Departamento de Auditoría del MINSAL (dependiente del Gabinete del Ministro de Salud) puede realizar auditorías de proceso en las SEREMIS y Servicios de Salud.

El Programa ha estado incorporado al seguimiento de control ministerial a través de las herramientas de control de gestión internas del MINSAL, esto es a través de los Compromisos de Gestión.

Asimismo, el Programa está incorporado a los mecanismos y sistemas de control de gestión institucional establecidos para los programas gubernamentales, a través de herramientas de seguimiento y control asociadas por una parte, a evaluar la incorporación de las prioridades del Programa de Gobierno y por otra, a evaluar la ejecución presupuestaria.

Durante los años que abarca la presente evaluación, fueron seguidos y evaluados, a través de las metas propuestas, los siguientes indicadores:

Año 2006:

Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG): Área Planificación/Control/Gestión Territorial Integrada (GTI-Auditoría Interna):

- Planes de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, Intersectoriales.
- Cobertura de Tratamiento Antiretroviral
- Aportes de Terceros al Programa de VIH/SIDA/ITS

Indicadores de Desempeño de Gestión Interna (SIG) que constituyen Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG):

- Cobertura de Tratamiento Antiretroviral
- Aporte de Terceros al Programa de VIH/SIDA/ITS
- Conocimiento correcto del VIH/SIDA entre jóvenes de 15 a 24 años.

Indicadores de Desempeño Presupuestario (H-Dipres):

- Mortalidad Anual por SIDA
- Preservativos Importados en Relación a Población de 15 a 49 años.

Compromisos de Gestión. Planes Regionales de Salud Pública, Componente Conducta Sexual:

- 100% de las Regiones cuentan con Plan Regional de Prevención del VIH/SIDA y las ITS con participación de los sectores SERNAM, MINEDUC, INJUV y Justicia (Gendarmería).

Año 2007:

Meta SEGPRES, Área Equidad de Género:

- Campaña de Comunicación Social para la Prevención del VIH/SIDA y las ITS en Mujeres
- Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG): Área Planificación/Control/Gestión Territorial Integrada (GTI-Auditoría Interna):
- Cobertura de Tratamiento Antirretroviral
- Aportes de Terceros al Programa de VIH/SIDA/ITS

Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG): Enfoque de Género:

- Diagnóstico Actualizado de la Situación de Vulnerabilidad de las Mujeres frente al VIH/SIDA/ITS

Indicadores de Desempeño de Gestión Interna (SIG) que constituyen Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG):

- Cobertura de Tratamiento Antirretroviral
- Aporte de Terceros al Programa de VIH/SIDA/ITS

Indicadores de Desempeño Presupuestario (H-Dipres):

- Mortalidad Anual por SIDA
- Incidencia Anual de VIH/SIDA
- Preservativos Importados en Relación a Población de 15 a 49 años.

Compromisos de Gestión. Planes Regionales de Salud Pública, Componente Conducta Sexual:

- 100% de las Regiones focalizan las acciones del Plan Regional de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, en Poblaciones Socialmente Vulnerables.

2008

Meta SEGPRES, Área Equidad de Género:

- Campaña de Comunicación Social para la Prevención del VIH/SIDA y las ITS en Mujeres
- Norma de Infecciones de Transmisión Sexual

Indicadores de Desempeño Presupuestario (H-Dipres):

- Preservativos Importados en Relación a Población de 15 a 49 años.

2009

Meta Sistema de Programación Gubernamental (SEGPRES)

- Reformular el programa VIH-SIDA, con énfasis en la mejoría de la gestión integral. Sistema información VIH-SIDA. Diseño conceptual del sistema de información y del plan de trabajo, la elaboración, publicación, licitación y adjudicación de los servicios que permitan contar con dicho sistema.

Indicador SIG

- Rediseño de los siguientes programas prioritarios de la DIPRECE: Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares (PPPSBP); Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI); Cáncer y VIH/SIDA, Informe final de la evaluación por región y programa.

Meta de desempeño colectivo, compromiso de desempeño del equipo :

- Rediseño de Programas Prioritarios DIPRECE.

Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares (PPPSBP).

Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).

Cáncer.

VIH/SIDA

Nombre Indicador: Porcentaje de cumplimiento de evaluación y propuesta de reprogramación de programas. Meta Anual: 75%

- Seguimiento Indicadores de Desempeño Ley de Presupuestos 2008.

Además, el Programa, fue evaluado durante el año 2000 en el marco de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) del Ministerio de Hacienda, proceso que concluyó con el establecimiento formal de 8 compromisos. De estos, 7 fueron cumplidos quedando el Compromiso referido a la Incorporación de normas técnicas en formación de pregrado de profesionales de la salud, con un cumplimiento parcial, incluso hasta el año 2009.¹⁰⁵

En relación a **auditorías de procesos** que permitan mejorar el funcionamiento de las acciones del programa, el Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS fue integrado al Programa de Auditoría del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG) a partir del año 2005. Este proceso de auditoría se desarrolló a través del Departamento de Auditoría del Ministerio de Salud y para el período 2005 y primer semestre de 2006, se definió el objetivo de “Identificar y sistematizar áreas y procesos críticos, construyendo al efecto mapas de riesgo ministeriales e institucionales”, a los cuales posteriormente se les realizaría las auditorías.

Del análisis realizado entre el Departamento de Auditoría ministerial y CONASIDA, se definieron las áreas y procesos que concentran mayor nivel de riesgos, los procesos que presentan déficit en los controles y aquellos con niveles de exposición altos, expuestos a los efectos de los riesgos.

Dos de las áreas relevantes del trabajo del programa, que aportan en gran medida al cumplimiento de los objetivos de éste, son la Respuesta Regional Integrada de Prevención (RRIP) y el Acceso a Tratamiento Antirretroviral, los que fueron elegidos como los procesos críticos que entrarían al programa del CAIGG que se inició con la aplicación de una metodología para el modelamiento de los riesgos, definida por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG). Esta considera la identificación de subprocesos relevantes dentro de esos procesos, la identificación de puntos críticos o riesgos inherentes en las etapas de cada subproceso, la identificación y análisis de eficiencia en los controles claves asociados a los riesgos inherentes y finalmente, determinar el nivel de exposición al riesgo por proceso, subproceso y cuando corresponda por etapa.¹⁰⁶

En forma complementaria se diseñó una planilla en formato Excel, para cada una de estas áreas, que permitió levantar y respaldar el análisis de los riesgos y controles al interior de los procesos (Matriz de Riesgo).¹⁰⁷⁻¹⁰⁸

Paralelamente, el Departamento de Auditoría del Ministerio de Salud, que encabeza este proceso al interior de la institución, realizó un ranking, para seleccionar aquellos programas y áreas de trabajo que serían auditados. Es aquí donde se selecciona el Programa denominado Planes Regionales, Intersectoriales y Participativos de Prevención del VIH/SIDA y las ETS, que corresponde a la Respuesta Regional Integrada de Prevención (RRIP) del VIH/SIDA y las ETS. Asimismo, el Programa de Acceso a Tratamiento Antirretroviral, no fue incorporado para ser auditado, entre otras razones, por la diversidad de instancias involucradas en él y por las dificultades reales en términos de recursos humanos que involucraría. Sin embargo, el ejercicio de análisis que ello implicó para identificar los riesgos y las medidas para minimizarlo, expresadas en la Matriz correspondiente, permite al Programa monitorear en forma permanente los procesos y subprocesos involucrados. Cabe destacar que estas matrices son dinámicas en el sentido que se adecuan de acuerdo a los resultados del

¹⁰⁵ Recomendaciones y Compromisos Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ETS. Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) Ministerio de Hacienda. 2000

¹⁰⁶ Formulario de Procesos Críticos Institucionales. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. Mapa o Matriz de Riesgo Institucional por Procesos Críticos. Formularios 1, 2 y 3 de los Programas: “Planes Regionales, Intersectoriales y Participativos del Prevención del VIH/SIDA y las ETS” y “Programa de Acceso a Tratamiento Antirretroviral para Personas que viven con VIH/SIDA, beneficiarias del Sistema Público de Salud”

¹⁰⁷ Matriz de Riesgo Prevención. Levantamiento de Información de cada Proceso

¹⁰⁸ Matriz de Riesgo Atención Integral. Levantamiento de Información de cada Proceso.

proceso de auditoría y pueden seguir siendo aplicados para continuar con los procesos de monitoreo y auditorías de la estrategia.

Entre los meses de mayo y junio del año 2006, se realizó la Auditoría a una muestra de las SEREMIS de Salud (desde la V a la XII regiones, incluyendo la RM), con cuyos resultados se establecieron compromisos a implementar.¹⁰⁹ Luego entre los meses de septiembre a diciembre de 2006, se realiza un segundo proceso de auditoría destinado a evaluar los procedimientos de control establecidos para la ejecución de los proyectos que componen la RRIP. En este proceso se visitaron las regiones: I, II, III, V, VIII, XI y XII, por parte de los auditores del Ministerio de Salud.¹¹⁰

El proceso concluye ese año (2006) con el establecimiento de compromisos a implementar al interior de los procesos a desarrollar en la RRIP 2007.

De acuerdo al Plan inicial establecido, se realizó la Evaluación final, entre los meses de Marzo y Abril del 2008, el que abarcó la revisión del proceso de implementación de la RRIP 2007 en una muestra de 9 regiones: II, III, IV, V, VI, VII, X, XI y RM.¹¹¹

En el marco de la situación producida en 2008 relativa a la no información de situación de seropositividad en pacientes confirmados como VIH positivo por el Instituto de Salud Pública entre el año 2005 y agosto de 2009, el Departamento de Auditoría del MINSAL realizó la “auditoría a procesos involucrados desde el diagnóstico hasta la notificación para vigilancia epidemiológica del VIH”, la cual se aplicó a una muestra que consideró desde el origen del proceso, según puerta de entrada, a una muestra de casos confirmados en el período indicado, provenientes de establecimientos de los niveles primario, secundario y terciario de atención de todos los Servicios de Salud.

Los objetivos de la misma fueron:

- Evaluar cumplimiento de cada una de las etapas involucradas en el proceso diagnóstico de infección por VIH, hasta la notificación epidemiológica.
- Evaluar el sistema de registros utilizados en cada una de las etapas.
- Evaluar cadena de responsabilidades y coordinación entre los involucrados en cada una de las etapas del proceso
- Verificar la existencia de mecanismos de control y seguimiento de los procesos (indicadores, alertas ante fallas del proceso) y los mecanismos de evaluación.

Posterior al proceso cada Servicio de Salud debía realizar un Plan de Intervención en los Puntos críticos identificados, lo cual fue seguido periódicamente por el Departamento de Auditoría. Finalmente en diciembre de 2009 se realizó una evaluación cuyo informe está en proceso de elaboración.

Esta Auditoría fue uno de los insumos utilizados para la elaboración del Manual de Procedimientos para la Detección y el Diagnóstico de la Infección por VIH, aprobado por el Decreto Exento N° 835 del 10 de marzo de 2010 del Ministerio de Salud.

Para la cadena de producción asociada a la Respuesta Regional Integrada que agrupa los diferentes niveles de la Estrategia Nacional de Prevención del VIH y las ITS existen “Orientaciones Programáticas RRIP 2007-2008 y 2009” donde se explicitan los mecanismos de monitoreo y los plazos en los cuales se ejecutan y se presentan los instrumentos a aplicar.

¹⁰⁹ Informe Ejecutivo de Auditoría N° 10/2006. Ministerio de Salud, CONASIDA, Área de Prevención: Evaluación Planes Regionales de Prevención. Junio 2006.

¹¹⁰ Informe Ejecutivo de Auditoría N° 26/2006. Ministerio de Salud, CONASIDA, Área de Prevención: Ejecución de la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH/SIDA y ETS. Diciembre 2006.

¹¹¹ Informe de Auditoría N° 9/2008. Ministerio de Salud, CONASIDA, Área de Prevención: Evaluación de la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH/SIDA y ETS. Abril 2008.

Para la cadena de producción asociada a disponibilidad de condones, existen y se encuentran disponibles los formularios de solicitud y envío de condones y de control de stock de los mismos.

Para la cadena de producción de las capacitaciones y asesoría técnica están disponibles los documentos que respaldan asistencia, evaluación de las actividades y certificaciones cuando la actividad lo amerita.

Para las cadenas de producción asociadas al componente de atención a personas viviendo con VIH y personas con infecciones de transmisión sexual, se dispone de instrumentos de monitoreo y evaluación en los sistemas de registros institucionales, como son los registros de actividades (REM; registro estadístico mensual), los registros de población en control, los registros de solicitud de ARV, los cuales son analizados por el Programa en forma periódica como insumos para evaluar los alcances e impactos del mismo.

Del mismo modo, en las visitas a terreno a los establecimientos de atención, se dispone de las fichas de monitoreo y seguimiento así como de la documentación que retroalimenta a los establecimientos visitados, que contempla las recomendaciones acordadas para el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios y/o ajustes según la normativa y el modelo de atención vigentes.

La participación del Departamento de Epidemiología, responsable de la vigilancia epidemiológica, es crucial en tanto recibe las notificaciones de “caso” de VIH, de SIDA y de ITS que realiza el profesional encargado de la atención de la personades a quienes se les confirma un diagnóstico de estas condiciones y que debe ser enviado por el establecimiento en formulario ad-hoc (boletín ENO) vía Servicios de Salud a la Autoridad Sanitaria. La notificación es el dato original que permite calcular las tasas de incidencia de VIH, SIDA e ITS requeridas para monitorear la evolución de la epidemia en los diferentes grupos poblacionales.

El Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), en colaboración con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), recoge y procesa los datos que permiten construir los indicadores biodemográficos, particularmente los asociados a la natalidad y a la mortalidad desglosados por sus variables epidemiológicas básicas: de personas (sexo, edad, condiciones de vulnerabilidad); cronológicas (evolución temporal) y espaciales (distribución territorial por región, servicio de salud, comuna). Los indicadores de fin y propósito se calculan en base a los datos que proporciona DEIS y permiten monitorear la situación y evaluar el resultado del programa.

Las estadísticas generadas tienen una periodicidad anual y una latencia de 18 a 24 meses, inherente a los datos mismos y a los procesos de control de calidad de su producción.

1.11. Reformulaciones del Programa

No han existido reformulaciones específicas al Programa excepto ajustes menores. A partir de la Reforma de Salud¹¹², las funciones asociadas al programa se han ajustado a los cambios de estructura experimentados en el Ministerio de Salud y a sus necesidades, en coordinación con otros Departamentos e instancias sectoriales.

El Programa Nacional de SIDA e ITS, fue priorizado para su revisión y reformulación de metas de desempeño colectivo de la División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública en el año 2009. Formó parte de las 9 medidas definidas en el denominado Plan de 90

¹¹² Salvo las derivadas de la implementación de la reforma sanitaria, a través de la Ley N° 19.937.

días¹¹³ comprometido por el MINSAL, a fin de definir, focalizar y alcanzar metas evaluables en áreas de gestión, prioritarias para la salud de la población. Lo anterior implicó la revisión de la organización del programa y los procesos asociados al VIH/SIDA, tanto del Nivel Central como su gestión en las redes asistenciales de los Servicios de Salud y en la Autoridad Sanitaria Regional. Las 18 propuestas entregadas en marzo de 2009 por el Grupo de Trabajo Asesor del Ministro de Salud fueron analizadas y trabajadas al interior de la Comisión Nacional de SIDA. Sus resultados se conversaron con el Sr. Ministro y con algunos de los integrantes del Grupo de trabajo.

En jornadas de trabajo en que participó la totalidad del equipo de CONASIDA se realizó un análisis del estado de situación del Programa, una revisión de los resultados de las medidas correctivas incluidas en el Plan de 90 días, una revisión y ajuste de indicadores y una propuesta de planificación estratégica para los años 2009 al 2012. El trabajo, apoyado por una consultora externa, permitió revisar y actualizar las definiciones estratégicas en función de los lineamientos gubernamentales y ministeriales, determinar misión y objetivos estratégicos acordes a la realidad actual, desarrollar un mapa estratégico que orientará la gestión en los próximos años y diseñar distintos tipos de indicadores de gestión para las metas.

Además, en un taller en Octubre 2009, organizado y dirigido por la División de Prevención y Control de Enfermedades, se definieron indicadores trazadores del programa (así como para todos los Programas) en el marco del rol y la responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Regional.

Existe una propuesta de estructura organizacional acorde a la identificación de la cadena de valor estratégica de la Comisión Nacional del SIDA, el proceso principal, los procesos de apoyo y el desarrollo de un mapa estratégico. Dicha propuesta no ha sido sancionada y se desconoce si llegará a implementarse.

1.12. Otros programas relacionados

Dadas las características de las condiciones que enfrenta el programa, éste se relaciona con otros programas e instancias en el Ministerio de Salud. Destaca, entre ellos, el “Programa de Salud de la Mujer” que entre sus numerosas actividades incluye el control de embarazo, en cuyo contexto se le practican a la mujer las pruebas para pesquisar sífilis y realizar tratamiento a la mujer y parejas sexuales. Además, se le ofrece el examen de pesquisa de VIH, en el marco de una consejería pre test y con consentimiento informado. Estos exámenes de pesquisa forman parte del Examen de Medicina Preventiva con el objetivo primordial de prevenir transmisión vertical de ambas patologías.

El VIH/SIDA y las ITS están condicionadas por diversas determinantes sociales, que impactan en la salud de las personas por lo que su respuesta debe ser asumida por el Estado y la sociedad en su conjunto. De esta manera el trabajo intersectorial es una prioridad que se expresa a nivel nacional y regional con otros Ministerios: Educación, Justicia (Gendarmería), Servicio Nacional de la Mujer, Instituto Nacional de la Juventud.

El MINSAL establece áreas de colaboración y coordinación interministerial en el ámbito de la prevención con otros niveles de la estructura del Estado mediante convenios marco y acuerdos de trabajo, los cuales son de diversa naturaleza, nivel y extensión. Hasta ahora los siguientes han sido los más desarrollados y que han tenido mayor continuidad:

- Con el Ministerio de Justicia, a través de Gendarmería, se ha establecido un convenio de colaboración nacional para promover la prevención en Poblaciones privadas de libertad (universalmente consideradas de alto riesgo de infección por VIH e ITS), que incluye la provisión sistemática de condones. (Iniciado en el 2001 y renovado en el año 2007).

¹¹³ Medida 8: Reforzamiento y Consolidación de la Consejería y Desarrollo de Nuevos Procedimientos en el Acceso y Seguimiento en el Diagnóstico de Infección por VIH. Plan de Acción para el Fortalecimiento de la Gestión en Salud: Plan de 90 días”. Ministerio de Salud. Diciembre de 2008

- Con el Instituto Nacional de la Juventud se desarrolla el Plan de trabajo colaborativo para el diseño de Políticas de Prevención destinada a jóvenes, que contempla la entrega en Infocentros de información y condones con el propósito de educar y enseñar sobre su uso correcto. (Iniciado en 2007).
- Con el Ministerio de Educación, en lo fundamental, la colaboración se realiza mediante la Mesa Intraministerial MINEDUC, JUNAEB y MINSAL que desarrolla e implementa un plan de trabajo común orientado a mejorar el nivel de aprendizaje, promover estilos de vida saludables, y prevenir enfermedades de niños, niñas y adolescentes que están cursando la etapa escolar con perspectiva de equidad.
- Con el Servicio Nacional de la Mujer se establece un convenio marco para desarrollar líneas de intervención dirigidas a mujeres y acuerdos de trabajo en mesas de trabajo en prevención del VIH en las regiones del país.

1.13. Antecedentes Presupuestarios

CUADRO 15
Presupuesto Total del Programa 2006-2010 (miles de \$ año 2010)

Año	Presupuesto Total del Programa
2006	23.571.363
2007	23.416.377
2008	21.011.094
2009	17.158.085
2010	18.945.296

Fuente: Ministerio de Salud: FONASA y Subsecretaría de Salud Pública.,

II. TEMAS DE EVALUACION

1. DISEÑO DEL PROGRAMA

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con el Diseño del Programa

1.1. Diagnóstico de la Situación Inicial

El problema que dio origen al Programa está bien identificado, consistiendo en la aparición de 6 casos de SIDA (todos hombres) en Chile en 1984, año en que el país registraba 5.125 casos de sífilis y 12.758 de gonorrea. Estas cifras, al comienzo del período evaluativo (2006) mostraban 765 notificaciones de VIH, 416 de SIDA, 2.993 de sífilis y 1.313 de gonorrea. De los casos de sífilis, 346 correspondieron a mujeres embarazadas que dieron origen a 53 casos de sífilis congénita (0,22 por 1.000 nacidos vivos). El Programa cuenta con información epidemiológica que revela su magnitud y trascendencia con un número acumulado de 20.099 casos de VIH al año 2008. Cuenta, además, con estudios sociocomportamentales que proveen información de los factores asociados a estas enfermedades (vulnerabilidad)

La prevalencia e incidencia de VIH/SIDA e ITS representan riesgos de transmisión, de enfermedad y de muerte y costos asociados que el programa tiene claramente dimensionados.

Las tasas anuales de notificación de VIH se incrementaron en forma sostenida hasta al año 2003 (tasa de notificación de 5,9 por 100.000), teniendo desde entonces un leve descenso hasta 2008 (tasa de 5,0 por 100.000). La tasa de notificación de SIDA presenta una tendencia semejante. La mortalidad por SIDA presenta un descenso sostenido desde el año 2001, alcanzando un número de 422 muertes al año inicial del período de evaluación (2006); de las muertes, 357 fueron hombres y 65 mujeres.

La epidemia en Chile es de tipo “concentrado”, afectando principalmente a grupos definidos e identificables que son los hombres homo y bisexuales (HSH) y los/las trabajadores sexuales. El mecanismo de transmisión es en el 95% de los casos la vía sexual.

El Programa responde bien a la característica de “epidemia concentrada” y la focalización en poblaciones vulnerables prioritarias (selección de beneficiarios) ha sido eficaz hasta ahora en que la epidemia no avance sino muy lentamente a la población general.

POBLACIONES

Las poblaciones con que opera el programa aplican a los componentes de estrategia de prevención y de atención integral. Por su naturaleza, los componentes de vigilancia epidemiológica, estudios y cooperación con organismos del Estado, la sociedad civil y organismos internacionales no tienen definidas poblaciones. Lo anterior es razonable y responde adecuadamente al diseño del programa.

Caracterización y cuantificación de población objetivo:

El programa cuenta con definiciones de población potencial y cuantificación de la misma, apropiada y específica para cada componente y subcomponente. Estas definiciones están basadas en todas las fuentes de información disponibles y, en algunos casos, en estudios especiales.

En su definición de poblaciones potencial y objetivo, el Programa opera complementariamente con la información relacionada con la epidemiología del VIH, de SIDA, y de ITS, y con la información

relacionada con las prácticas de riesgo (y su anverso, las de protección) y su distribución en la población. Estos dos tipos de información proveniente de la epidemiología y de la investigación social son, a su vez, conectados analíticamente con el enfoque de vulnerabilidad, lo que finalmente define la población objetivo, la que en el caso de este Programa es plural, es decir, se compone de variadas poblaciones.

Los datos relativos a la epidemiología del VIH/SIDA y las ITS en Chile, en que basa su definición han sido presentados en el capítulo de Antecedentes. Ellos permiten determinar criterios geográficos, grupos etarios, sexos, niveles socioeconómicos y educacionales entre otros.

Por su parte, en el campo de la investigación social el Programa dispone de un conjunto de datos que dan cuenta de la complejidad de las prácticas asociadas a la adquisición del VIH y las ITS. Presenta datos sobre frecuencia de uso de condón en iniciación sexual en población adolescente y joven (sus diferencias por género y su segmentación social), las edades de iniciación sexual y número de parejas sexuales, evolución de la importación de condones en el país y su evolución en el tiempo. A partir de elementos de vulnerabilidad que grupos de sujetos experimentan en las diversas dimensiones indicadas más arriba, el Programa configura con mayor precisión su población objetivo.

Del mismo modo, el enfoque de vulnerabilidad señalado en otra sección de este Informe establece una asociación con el enfoque de género que permite situar a las mujeres en la cuantificación de las poblaciones, bajo la lógica de las categorías poblacionales utilizadas: la población vulnerable prioritaria (PVP) y la población vulnerable emergente.

Ello se considera adecuado y una fortaleza del programa.

Dada la complejidad del Programa y la necesidad de darle especificidad a las poblaciones según componente, la definición de la población objetivo es adecuada para analizar la producción y el registro de la producción de los componentes.

1.2. Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico

En términos de diseño, los componentes y subcomponentes son suficientes y necesarios para lograr el propósito y contribuir al fin. El diseño y la definición de subcomponentes y componentes se ajustan adecuadamente a las características de la epidemia y a las recomendaciones político-técnicas de los organismos nacionales e internacionales especializados.

Al analizar el conjunto de las actividades, asociadas a subcomponentes y componentes, éstas se operacionalizan adecuada y consistentemente. Los supuestos se consideran realistas y pertinentes para la ejecución del programa y la producción de los subcomponentes y componentes.

Se observa, asimismo un alto grado de coherencia y complementariedad entre los subcomponentes y componentes para logro del propósito.

No hay subcomponentes ni subcomponentes prescindibles. Tampoco se detectan subcomponentes ni componentes faltantes, dado que hasta el momento no se ha producido, en el campo de la prevención, una vacuna eficaz para el VIH ni se ha descubierto un tratamiento curativo; de existir éstos el programa debería reformularse, incorporándolos al mismo.

En una mirada integradora del programa, aportada por la Salud Pública, se realizó un análisis de los componentes y subcomponentes en su correspondencia con los períodos de la historia natural de la enfermedad y las acciones que los niveles de prevención ofrecen en cada uno de estos períodos, lo que aporta argumentos a la validación de la lógica vertical de la MML, lo que se presenta en cuadro siguiente:

CUADRO 16
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y SUS NIVELES DE PREVENCIÓN
APLICACIÓN A VIH/SIDA E ITS Y CORRESPONDENCIA CON COMPONENTES DEL PROGRAMA

PERÍODO PREPATOGÉNICO	PERÍODO PATOGÉNICO					
	ASINTOMÁTICO	CLÍNICO	INCAPACIDAD / MUERTE			
PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA			
Población Objetivo: Sanos	Población Objetivo: Enfermos					
Acción sobre Factores de Riesgo y Factores Protectores individuales y poblacionales	Detección precoz <small>Período ventana¹¹⁴</small>	Tratamiento adecuado y oportuno	Rehabilitación / tratamiento paliativo			
C1: Estrategia de Prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención individual, grupal comunitaria y masiva	C2: Atención integral para la detección diagnóstico, control y tratamiento de VIH/SIDA e ITS					
SC1.1 Campaña de comunicación social educativa SC1.2 Proyecto de prevención grupal comunitaria por SEREMI SC1.3 Consejería individual en VIH/SIDA e ITS SC1.4 Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública SC1.5 Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS	SC2.1 Atención integral para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	SC2.2 Atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA en establecimientos de la red de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa SC2.3 Atención a personas con ITS en establecimientos de la red de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa				
	SC2.4 Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS					
C3: Vigilancia epidemiológica y estudios en VI/SIDA e ITS realizados y difundidos según corresponda						
C4: Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida						

Fuente: Elaboración propia

¹¹⁴ Tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección por el VIH y la capacidad de las pruebas de laboratorio para detectarlo.

A fin de precisar los aspectos del VIH/SIDA y las ITS que se corresponden con la historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención en salud, las correspondencias respectivas se describen a continuación.

El período **prepatogénico** corresponde a la ausencia de enfermedad, esto es, personas sanas que no tienen el VIH ni tampoco agentes de ITS. En este período las acciones de prevención son llamadas de prevención primaria y corresponden al conjunto de acciones, sea en individuos o en poblaciones “**sanas**”, para mantenerlas sanas, fortaleciendo los factores de protección y evitando o reduciendo los efectos de los factores de riesgo. Con ello se pretende “prevenir” la aparición de la enfermedad. La intervención paradigmática en prevención en la historia de la medicina la constituyen las vacunas, no disponibles aún para VIH ni para las ITS de mayor prevalencia.

En este sentido el primer componente, estrategias de prevención y sus 5 subcomponentes responden adecuadamente a estas acciones. Cabe destacar que con el conocimiento y tecnologías existentes ellos son necesarios y suficientes. Sin embargo, el programa debe estar atento a los adelantos científicos en el ámbito de la investigación para el desarrollo de una vacuna, única actividad de prevención específica ausente del programa dado que una vacuna contra el VIH no ha sido producida en el mundo.

El período **patogénico** corresponde a la situación en la que se ha incorporado el agente etiológico (causal) al organismo. Existe un **período asintomático** en el cual aunque se ha producido la infección, no se ha producido la enfermedad clínica, y un **período clínico** en que se producen los síntomas y signos de la enfermedad. El tercer período corresponde a la incapacidad y finalmente la muerte. Para efectos del pronóstico el ideal es pesquisar la enfermedad en el período asintomático.

En el período patogénico de la enfermedad los niveles de prevención corresponden a la prevención secundaria y la prevención terciaria.

La **prevención secundaria** es el conjunto de acciones realizadas en personas ya “**enfermas**”, para detectar la enfermedad si ésta aún no ha dado síntomas (detección precoz) y luego para proveer tratamiento adecuado y oportuno a los enfermos. En este período los subcomponentes 2.2 y 2.3 -- atención integral para la detección, control y tratamiento VIH/SIDA e ITS-- están apropiadamente diseñados.

El primer subcomponente del componente 2 es la detección y diagnóstico de VIH e ITS y corresponden a los test de pesquisa de VIH (Elisa) y a las pruebas de confirmación diagnóstica (que realiza el ISP), y a los tests de detección de la sífilis y otras ITS. El programa tiene adecuadamente definidas las poblaciones objetivo a quienes se ofrece estos exámenes. Las acciones de pesquisa que contempla la detección precoz tienen una limitante en el caso del VIH dado por el llamado “período ventana”, que corresponde al tiempo que transcurre entre la infección por el VIH y la detección por las pruebas de laboratorio y que constituye un período de alto riesgo para la transmisión del virus

El segundo subcomponente corresponde a la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA de acuerdo a modelo de atención y normativa, basado en las terapias antirretrovirales alcanzando cobertura del 100% en el año 2005. Cabe hacer notar que el tratamiento no es curativo y debe mantenerse de por vida en los pacientes VIH/SIDA, traspasando las acciones de los niveles de prevención a la prevención terciaria que corresponde a rehabilitación o tratamiento paliativo, cuando procede y que tienen como objetivo enfrentar la incapacidad o la muerte El modelo de atención integral es el apropiado de acuerdo al conocimiento y tecnología actual.

El tercer subcomponente, atención a personas con ITS, corresponde al tratamiento adecuado y oportuno de estas condiciones. Cabe destacar que en la mayoría de las ITS los tratamientos son curativos y en pocos días vuelven a la persona a su condición de sano. Este subcomponente no

considera acciones de prevención terciaria para estas personas, lo que es adecuado, dado que en su mayoría no lo requieren.

La **prevención terciaria** corresponde al conjunto de actividades que se realizan en personas enfermas que, a pesar del tratamiento adecuado y oportuno, no logran volver al punto inicial de ausencia de enfermedad. Las acciones se focalizan en la rehabilitación (médica, sicológica y social) y en los tratamiento paliativos. Este es el caso del VIH/SIDA en que la presencia del virus es permanente y los tratamientos apuntan a controlar su gravedad (carga viral) y mantener la calidad de vida, con apoyo de acciones psicosociales al tratamiento biomédico. No es así en el caso de las ITS en que cada patología puede ser tratada y el tratamiento puede conducir a la remisión total a través de las actividades de prevención secundaria.

El subcomponente 2.4, capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS, está orientado a mantener el conocimiento y las competencias en VIH/SIDA e ITS con foco en el ámbito clínico y en lo relacionado con la atención clínica en los establecimientos de la red asistencial. Es adecuado para apoyar las acciones en el período patogénico con atención de calidad.

El componente 3, vigilancia epidemiológica y estudios, permite conocer la magnitud y características de la epidemia y su evolución en el tiempo, así como los estudios contribuyen a conocer aspectos específicos en los que se requiera generar información para la toma de decisiones. Este componente atraviesa los períodos de la historia natural y los niveles de prevención aportando una información en todos los puntos de esta cadena.

El componente 4, cooperación con organizaciones, contribuye a generar instancias para la prevención primaria con diversos grupos del Estado, de la sociedad civil y organismos internacionales. También colabora en el nivel de prevención secundaria, por ejemplo apoyando la consejería entre pares en las etapas diagnósticas y terapéuticas.

Recapitulando, con respecto a la historia natural y a los componentes, el Programa está destinado a **disminuir la trasmisión y la morbilidad** por VIH/SIDA e ITS. Con respecto a **VIH/SIDA**, enfermedad mortal, sus dos componentes principales contribuyen y se potencian mutuamente para conseguir sus objetivos. La estrategia de **prevención** considera que se enfrenta una condición que tiene factores biológicos y socio-comportamentales en su génesis y se fundamenta --dado que no hay vacuna-- en los elementos básicos para ello: la abstinencia, la pareja sexual única y exclusiva, y el uso del preservativo, apoyados en educación individual, grupal y masiva. El **tratamiento** se sustenta en el uso de terapia antiretroviral consiguiéndose con ello controlar el nivel de inmunodeficiencia, mantener y mejorar la calidad de vida, disminuir la aparición de enfermedades oportunistas y aumentar la sobrevida. En este contexto de potenciación el tratamiento antrirretroviral efectivo mantiene controlada la carga viral, lo que a su vez disminuye el nivel de transmisibilidad del virus desde las personas infectadas a sus contactos sexuales, contribuyendo así a la prevención. En la embrazada VIH positiva, el tratamiento, contribuye a la disminución de la transmisión vertical.

Este análisis conjunto de historia natural y niveles de prevención aplicados al VIH/SIDA e ITS, refuerzan la lógica vertical del programa y sustentan la opinión del panel que valida en su totalidad la lógica vertical de la MML.

1.3. Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico

El programa ha desarrollado una gran cantidad de indicadores, relevantes y factibles de medir, especialmente en la dimensión de eficacia y en el ámbito de control de resultado final o impacto para los cuales existen medios de verificación objetivos, con dimensión temporal, lo que permite construir una mirada evolutiva del programa.

Los indicadores a nivel de propósito son pertinentes y dan cuenta de la morbilidad y de la mortalidad asociadas al VIH/SIDA, la sífilis y la gonorrea, así como de la transmisión en la que media el conocimiento sobre sus mecanismos y el uso de medios eficaces de prevención (preservativo). Son los suficientes y necesarios.

Los medios de verificación relacionados con los componentes permiten evaluar el cumplimiento de los objetivos, con mayor precisión en aquéllos de tipo epidemiológico que responden a una lógica cuantitativa, que en los que abordan aspectos sociocomportamentales, que se dan en una lógica más cualitativa.

La riqueza de los indicadores presentados, permite validar la lógica horizontal de la MML.

1.4. Reformulaciones del Programa a nivel de Diseño

El programa **no ha sido reformulado** en el período de evaluación.

Se han producido ajustes en la gestión, adaptaciones necesarias a la nueva estructura sectorial dada por la Reforma Sanitaria y cambios en el equipo de CONASIDA.

Durante el período evaluado (2006, 2007 y primer semestre de 2008) el accionar del programa fue complementado por el Proyecto Fondo Global. Al terminar éste se produjo una disminución del recurso financiado por el Fondo y una consecuente reducción de las actividades. En este contexto el Programa sufrió un deterioro, especialmente en el componente de prevención (grupal-comunitario y capacitación), en el de estudios, en la intersectorialidad y en la asociatividad con la sociedad civil. A la fecha, el Programa no ha podido recuperar el nivel de actividades --en estos subcomponentes-- alcanzado durante la vigencia del Proyecto Fondo Global, actividades consideradas de gran relevancia para el cumplimiento de los objetivos del programa. Sin embargo, la superación de deterioro se encuentra asociada a la disponibilidad de recursos financieros y no a una reformulación conceptual del Programa.

2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Organización y Gestión del Programa.

2.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación al interior de la Institución Responsable y con otras instituciones.

(a) Estructura Organizacional

La estructura organizacional del Programa se caracteriza por ser una estructura fragmentada, no vinculada a una única institución y sin mecanismos de coordinación permanentes.

Participan directamente en el programa las dos Subsecretarías, cada una a través de instituciones de su dependencia, y los Organismos Autónomos. La Subsecretaría de Salud Pública trabaja con una lógica de “programas” que se definen por grupos específicos de población objetivo (niño, adolescente, mujer, adulto mayor) o por daños/condiciones que se busca controlar (infecciones respiratorias infantiles, infecciones respiratorias del adulto, salud bucal, tuberculosis). La Subsecretaría de Redes Asistenciales, en cambio, funciona bajo la lógica de servicios. Cada institución responde a las acciones y tareas subyacentes en sus áreas y tiene una asignación de responsabilidades y funciones especificadas en cada uno de sus componentes y subcomponentes, así como dentro de las áreas funcionales. El concepto de un Programa que trasciende el quehacer de cada institución ha sido un concepto difícil de madurar, dado que cada institución responde a las acciones y tareas subyacentes en sus áreas, y por tanto, la mirada transversal de un programa como el de VIH/SIDA y las ITS es un concepto abstracto aún.

Lo anterior representa un problema por cuanto no existe una sola unidad ejecutora. Esto pone de relieve un elemento sobre el funcionamiento no sólo del Programa sino del Sector Salud. En este sentido el hecho que la atención se entregue a través de Establecimientos de Salud, implica la existencia de un conjunto de procesos y coordinaciones que deben llevarse a cabo para lograr el cumplimiento de dicho objetivo.

El Programa no cuenta con un Jefe de Programa. Es coordinado desde la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) por el “Coordinador Ejecutivo” de la misma que tiene escasas atribuciones para convocar a todos los organismos del Ministerio de Salud que son parte del programa para planificar en conjunto y priorizar las acciones año a año. No tiene autoridad frente a situaciones críticas ni para influir la gestión de las otras instituciones que son parte del Programa.

La estructura de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) es vertical, con áreas funcionales (de prevención, de atención integral, de estudios y área de infecciones de transmisión sexual) que dan cuenta del quehacer del programa en sí mismo. Estas áreas reflejan de forma precisa los temas y productos que se llevan a cabo dentro de CONASIDA y se aprecia consistencia con las necesidades de diseño e implementación de políticas. Otra característica de la estructura es que tiene una conceptualización clara de objetivos, deberes y responsabilidades en las áreas funcionales definidas, las que están expresadas en la descripción de los procesos de producción de componentes, donde se aprecia que las responsabilidades están claramente delimitadas. CONASIDA tiene una responsabilidad principal prácticamente en todas las acciones que conlleva el Programa, incluso en la compra de TARV para la atención de pacientes que se realiza en los establecimientos de la red asistencial, lo que responde a su evolución histórica, pero que podría ser descentralizada a nivel de los Servicios de Salud en cuya red se realiza la atención de las personas.

En el caso de CONASIDA se aprecia que su esquema organizacional responde a la necesidad que tiene el programa de interactuar con otras instancias, siendo clave en este aspecto la figura de coordinadores. La estructura es vertical, con áreas funcionales que dan cuenta del quehacer del

programa en sí mismo. Estas áreas reflejan de forma precisa los temas y productos que se llevan a cabo dentro del mismo. En la estructura organizacional se aprecia consistencia con las necesidades de diseño e implementación de políticas. Otra característica de la estructura es que tiene una conceptualización clara de objetivos, deberes y responsabilidades en las áreas funcionales definidas.

Con respecto al equipo de recurso humano existente en CONASIDA, se encuentra constituido por 14 personas con distintas especialidades y gran experticia en los temas que abordan. Dicha dotación se considera apropiada para las necesidades actuales del programa, en la dimensión de la cual CONASIDA es responsable.

No se dispuso de la dotación de recursos humanos para las otras instituciones participantes del Programa ni de una opinión sobre suficiencia o brechas.

Cabe agregar que aunque el programa entrega los productos a los beneficiarios, la característica de fragmentación de su estructura no es adecuada.

(b) Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades y funciones.

El programa tiene una asignación de responsabilidades y funciones claramente especificadas en cada uno de sus componentes y subcomponentes, así como dentro de las áreas funcionales.

El marco de funciones y responsabilidades de las diferentes instancias que conforman tanto el sector público como el privado de salud está dado por la Ley de Autoridad Sanitaria y sus respectivos Reglamentos, a saber: del Ministerio de Salud y de los Servicios de Salud. Básicamente el marco legal separa las funciones de rectoría y regulación con la de provisión de servicios y determina los responsables de cada una de ellas.

La Subsecretaría de Salud Pública, lugar del cual dependen las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y CONASIDA, está en el ámbito de la rectoría y la regulación. La Subsecretaría de Redes Asistenciales y los Servicios de Salud están en el área de regulación, implementación de normativas y provisión de servicios.

Las actividades de los Programas destinadas a promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud se realizan, en el sector público, a través de la Red de Establecimientos de los Servicios de Salud.

Las acciones de prevención y promoción de carácter intersectorial y regional son realizadas por las SEREMIS.

En este sentido se aprecia que CONASIDA tiene una responsabilidad principal prácticamente en todas las acciones que conlleva el Programa.

Con respecto a los mecanismos de coordinación al interior de CONASIDA estos son formales, de alta periodicidad y contemplados dentro de la planificación estratégica.

Existe una dimensión territorial del programa con responsabilidades asignadas con una relación jerarquizada y donde existe vía de comunicación directa con las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud a nivel regional y con los Servicios de Salud.

CONASIDA requiere coordinarse, desde la Subsecretaría de Salud Pública, con la Subsecretaría de Redes Asistenciales y con los organismos autónomos del Ministerio de Salud, es decir el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Central de Abastecimiento (CENABAST) del Sistema Nacional de Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Superintendencia de Salud (SIS).

Por tanto, tal como se señaló en la parte de antecedentes, la articulación oficial se realiza a través de la relación, comunicación y coordinación entre autoridades sectoriales, cuyos instrumentos formales corresponden a “Oficios y Memoranda”, y todo instrumento de carácter oficial. La articulación cotidiana se realiza a través de la coordinación continua del Coordinador Ejecutivo de CONASIDA o quien este designe y la contraparte designada de la propia o de la otra institución con la cual se interactúa, para los temas de competencia de cada uno. Estos mecanismos son insuficientes.

La coordinación con otras instituciones sectoriales se da en distintos ámbitos, dentro de los cuales destacan:

- Diagnóstico y detección de VIH e ITS
- Acceso a tratamiento antirretroviral en el sistema público de salud
- Acceso a tratamiento de enfermedades oportunistas en adultos y niños
- Disponibilidad y control de stock de antirretrovirales en el sistema público.
- Acceso a preservativos
- Implementación y monitoreo de estrategias de Prevención del VIH y las ITS.

Estos son relevantes porque conciernen directamente al ámbito de acción del Programa. En estos casos las responsabilidades están claramente especificadas.

En el acceso a tratamiento la instancia de coordinación es CONASIDA con los establecimientos de la red asistencial.

En la disponibilidad de antirretrovirales, participan Subsecretaría de Salud Pública, CONASIDA, FONASA, CENABAST, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Servicios de Salud, Ministerio de Hacienda y Empresas Farmacéuticas.

Se considera que la delimitación de responsabilidades es adecuada, aunque no se aprecia un responsable global de todo el proceso. Se aprecia que, aunque las instituciones no responden como pertenecientes a un único programa, sí responden cada una en su ámbito particular contribuyendo a los logros del programa en conjunto. Se aprecia, además, que no existe una comisión formada por las distintas instituciones para analizar la marcha y evolución del programa, es decir, no hay una mesa de trabajo formal, y permanente. Tampoco esto ha sido convocado por CONASIDA, porque la lógica actual es establecer coordinaciones una a una (bilaterales) con las instituciones para temas puntuales. Esto se considera insatisfactorio.

Un aspecto considerado deficiente con respecto a los procesos de producción de los subcomponentes, es que si bien existe delimitación de las responsabilidades, no existe un seguimiento puntual de los subprocesos en los cuales la coordinación entre instituciones resulta de vital importancia para mejorar la gestión del programa. No hay informes que den cuenta sobre el funcionamiento de los procesos a nivel del Programa, no cómo cada institución por separado resuelve o gestiona sus tareas específicas, de los problemas que se da en el funcionamiento del mismo. En particular, esto se aprecia con mayor fuerza para el caso de acceso a preservativos y acceso a tratamiento antirretroviral del sistema público.

Por tanto, el programa no se gestiona desde la lógica de auditar los procesos existentes de modo de introducir mejoras continuas en su funcionamiento como un todo integrado. No existen informes con este tipo de especificación, la lógica de funcionamiento sigue siendo aún muy individualizada a cada institución. La lógica de las relaciones interinstitucionales es de coordinación para resolver problemas, pero no en términos de una mejora continua de los procesos. Esto constituye un problema de gestión que debe ser resuelto.

(c) Gestión y Coordinación con programas relacionados

El Programa desarrolla actividades de coordinación intersectorial, basada en el mandato de la Ley de SIDA que establece¹¹⁵: "El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia. Estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional, con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población, y en especial para aquellos de mayor vulnerabilidad". La intersectorialidad se organiza como una relación de colaboración bilateral entre el Ministerio de Salud, a través de CONASIDA, y otros sectores y organismos del Estado. El MINSAL establece áreas de colaboración transversal en el ámbito específico de la prevención con otros niveles de la estructura del Estado utilizando los mecanismos de convenios marco y acuerdos de trabajo. A través de CONASIDA, el sector salud asume la función de promover la inclusión de otros organismos.

En el periodo evaluado las relaciones de colaboración establecidas entre el MINSAL y otros organismos ha sido reducida y de escaso alcance (4), lo que continúa un desarrollo limitado anterior al periodo. Los convenios marco y acuerdos de trabajo son de diversa naturaleza, nivel y extensión. Con el Ministerio de Justicia, a través de Gendarmería, se ha establecido un convenio de colaboración nacional para promover la prevención en poblaciones privadas de libertad (universalmente consideradas de alto riesgo de infección por VIH e ITS), que incluye la provisión sistemática de condones (iniciado en 2001 y renovado en 2007).

Con el Instituto Nacional de la Juventud se ha desarrollado el Plan de trabajo colaborativo para el diseño de Políticas de Prevención destinada a jóvenes, que contempla la entrega de información a través de agentes capacitados en el tema y distribución de condones en Infocentros con el propósito de educar sobre su uso correcto (Iniciado en 2007). Con el Servicio Nacional de la Mujer se estableció un convenio marco para desarrollar líneas de intervención dirigidas a mujeres y acuerdos de trabajo en mesas de trabajo en prevención del VIH en las regiones del país. La intersectorialidad con INJUV y SERNAM tiene una expresión regional, fundamentalmente en el área de la prevención a través de la RRIP. Depende, no obstante, principalmente de la existencia de los proyectos grupal-comunitarios vinculados al sector salud, y que se han reducido significativamente en la última parte del periodo. Con el Ministerio de Educación la colaboración se ha realizado mediante la Mesa Intramínisterial MINEDUC, JUNAEB y MINSAL que ha desarrollado e implementado un plan de trabajo común orientado a mejorar el nivel de aprendizaje, promover estilos de vida saludables, y prevenir enfermedades de niños, niñas y adolescentes que están cursando la etapa escolar con perspectiva de equidad. Asimismo, en el periodo se desarrolló un proyecto financiado por la agencia GTZ, entre CONASIDA y la Secretaría Técnica de Sexualidad, Afectividad y Género del MINEDUC, cuyo propósito fue incorporar la Prevención del VIH/SIDA y las ITS en el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad, 2005-2010.

En el periodo, el Programa ha alcanzado en sus proyectos de prevención del nivel grupal-comunitario una cobertura de 0,5 a 0,2 en relación a su población potencial en el caso de las poblaciones vulnerables emergentes (jóvenes, población rural, pueblos originarios-etnias, mujeres y trabajadores) que llega a nueve millones aproximadamente. Dado que las poblaciones emergentes son de grandes magnitudes y variadas entre sí, alcanzar una más amplia cobertura en las últimas esta fuera de la capacidad de acción de CONASIDA y del MINSAL, y requiera de acción de otros programas y organismos del Estado, que se encuentren por su naturaleza próximos a estas poblaciones. Tal es el caso del MINEDUC respecto de jóvenes. Alcanzar educativamente a las poblaciones vulnerables emergentes es fundamental, pues la adopción de prácticas preventivas por su parte situaría la detención de la expansión de la epidemia del VIH/SIDA en una capacidad preventiva del conjunto de la sociedad, más ampliamente que las poblaciones vulnerables prioritarias. Esto está fuera del

¹¹⁵ Artículo 2 de la Ley de SIDA N° 19.779

alcance del MINSAL, y requiere de la inclusión de otros sectores del Estado en una acción multisectorial.

Esta insuficiencia en la magnitud de sectores implicados así como en las coberturas alcanzadas respecto del conjunto de la población potencial (vulnerable emergente) responde fundamentalmente al modo como ha sido concebida y llevada adelante la intersectorialidad. El Estado no ha asignado responsabilidades y funciones específicas a otros sectores que tienen una relación directa con poblaciones vulnerables específicas (tal es el caso del MINEDUC y del Ministerio del Trabajo), y que pueden implementar acciones vinculadas a niveles de intervención de la estrategia de prevención (porque varios incluyen elementos de prevención en sus campos) y/o pueden contribuir a mitigar impactos de la epidemia del VIH/SIDA y las ITS. Tampoco cuenta con instancias de coordinación y/o conducción multisectoriales. (Para mayor información, véase Anexo Complementario 10: Prevenir con Educación. Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe).

Esta insuficiencia es un problema por cuanto para controlar las epidemias de VIH/SIDA e ITS no basta con la acción sectorial., tal como lo señala la Declaración de Ministros fr

EL MINSAL también participa de la cooperación y relaciones internacionales en VIH/SIDA, la que se organiza y desarrolla en dos ámbitos: El primero, la Política de relaciones internacionales globales y regionales, y segundo, la cooperación técnica global y regional, con o sin recursos financieros frescos. Estas se llevan a cabo fundamentalmente en el marco del Grupo Temático de ONUSIDA (GTO), formado por las Agencias del Sistema de Naciones Unidas con presencia en el país, que presta asistencia técnica a los diversos actores de la Respuesta Nacional. Participa el Programa, a través de CONASIDA y organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA. Esta es una fortaleza del programa.

El Programa realiza un esfuerzo permanente por la generación, procesamiento y utilización de la información para la toma de decisiones, lo cual se valora positivamente ya que constituye un elemento importante para la gestión. Sin embargo, un área factible de mejorar en este sentido se refiere a la toma de decisiones del seguro público (FONASA), donde la información actual no es suficiente para llevar un adecuado seguimiento y control del flujo de recursos por concepto de atenciones y tratamiento por beneficiario por parte FONASA. Ya que el actual sistema de información, Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) está básicamente orientado al monitoreo del cumplimiento de las garantías explícitas. Y a pesar de que el tratamiento y monitoreo de exámenes está garantizado, no se registran en este sistema las atenciones otorgadas y por tanto no se lleva un registro centralizado nominado de las atenciones y, del mismo modo, los consumos o recetas despachadas no son registradas por parte de las unidades de farmacias, básicamente porque el SIGGES no fue concebido para estos efectos¹¹⁶. A nivel local las atenciones otorgadas se registran en fichas clínicas, unidades de farmacias y otros registros del establecimiento, de uso restringido al nivel local.

Lo anterior, evidencia una limitación del sistema. La única información disponible y nominada es la relacionada con los exámenes de carga viral (compra directa FONASA), genotipos y linfocitos (CD4) cuyo financiamiento es contra reportes de exámenes nominados, pagándose solo los exámenes realizados a beneficiarios de FONASA, debidamente registrados y validados. Para las atenciones que no son garantizadas, no se cuenta con un registro nominado de las atenciones otorgadas por concepto de tratamiento de enfermedades oportunistas, aunque a nivel local (establecimiento) las atenciones otorgadas se registran en documentos ad hoc.

¹¹⁶ FONASA sólo dispone de información sobre las distribuciones de fármacos efectuadas por las compañías farmacéuticas a los establecimientos públicos, a través de un informe de facturación que mensualmente envía CENABAST a FONASA, con el detalle de fármacos (nombre y cantidad, entre otros datos).

(d) Mecanismos de participación ciudadana

El Programa ha diseñado e implementado una alianza estratégica que es llevada adelante, por una parte, mediante una definición de instancias de coordinación y gestión de nivel nacional y regional, lo que se ha realizado principalmente en la Respuesta Regional Integrada y en instancias internacionales de cooperación técnica y financiera (GTO). Por otra parte, se ha realizado a través de líneas de trabajo conjunto, que se sitúan fundamentalmente en los componentes de prevención y de atención integral.

Durante el desarrollo del Proyecto del Fondo Global¹¹⁷, la Asamblea de Organizaciones Sociales y ONG's con trabajo en VIH/SIDA (ASOSIDA) y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH / SIDA (VIVO POSITIVO) fueron entidades corresponsables. Este proyecto profundizó la participación de la sociedad civil, mediante un mayor involucramiento en ciertas actividades, de diseño e implementación de actividades anteriormente no desarrolladas o llevadas a cabo sólo por el Estado. En efecto, estas organizaciones extendieron su acción en el primer componente a la consejería cara a cara y a las campañas de comunicación social educativa (a nivel nacional y regional), en el segundo componente en la consejería cara a cara con PVVIH, y en el tercer componente, en la realización de estudios.

Algunos de los logros del trabajo coordinado las organizaciones sociales que trabajan en VIH/SIDA han sido presentados en el capítulo de antecedentes. Basado en dichos logros los mecanismos de participación ciudadana se consideran adecuados; sin embargo la reducción de las actividades con estas organizaciones por los problemas de financiamiento resultantes del término del Fondo Global constituyen, en la actualidad, una situación insatisfactoria. En efecto, el trabajo colaborativo con la sociedad civil se ha debilitado en los dos últimos años del período de evaluación y la disminución de la participación de la sociedad civil debilita, a su vez, la respuesta nacional pues resta agentes educativos, limita su acceso a grupos más vulnerables, reduce su carácter ciudadano, entre otros.

2.2. Criterios de focalización y selección de beneficiarios de los componentes

El Programa cuenta con criterios de focalización de los grupos y personas que participan de los procesos a partir de los antecedentes epidemiológicos y los conceptos de vulnerabilidad y gestión de riesgo.

Estos criterios se consideran pertinentes porque permiten focalizar las acciones y la utilización de la mayor parte de los recursos en aquellos grupos y personas más vulnerables. El programa cuenta con definiciones claras y difundidas de los criterios¹¹⁸ que responden a la forma de enfrentar una epidemia concentrada e incipiente como es la epidemia chilena, política que tiene por objeto, en lo fundamental, controlar la expansión de la epidemia del VIH/SIDA, en lo cual ha tenido éxito, pues la epidemia no ha avanzado hacia la población general.

El Programa incorpora en la definición conceptual y operacional de sus componentes un **enfoque de género** como una de las bases para su acción¹¹⁹. Del mismo modo, considera el género mediante los enfoques de determinantes de la salud, en que el género cruza la mayoría de los otros determinantes en la medida de su impacto diferencial de acuerdo a la construcción sociocultural que les corresponde a hombres y mujeres en el sistema sexo-género. También, dado que el VIH/SIDA afecta fundamentalmente a las poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres, el Programa

¹¹⁷ Proyecto “Aceleración y profundización de la respuesta nacional intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile”, julio de 2003 - junio de 2008.

¹¹⁸ Guía de Apoyo Técnico y metodológico para la Focalización de Iniciativas de Prevención en Poblaciones más Vulnerables al VIH y las ITS. CONASIDA. 2008

¹¹⁹ Análisis de género en la formulación de programas documentos CONASIDA.

adopta complementariamente una perspectiva de género que establece una conexión entre sexo, género y sexualidad, (la sexualidad se presenta como un ámbito de la vida que traduce las relaciones de poder existentes en el conjunto de las relaciones sociales) y en su aproximación metodológica privilegia las prácticas antes que las definiciones identitarias en la transmisión del VIH, por ejemplo, en vez de homosexual, hombre que tiene sexo con hombre. Estos criterios se expresan, en la práctica, en la selección de beneficiarios.

Este enfoque se considera una fortaleza del programa.

2.3. Criterios de Asignación de Recursos, Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago.

Criterios de Asignación

Con respecto a los criterios de asignación de recursos por parte del Programa es posible señalar que presentan las siguientes características:

- Se hacen cargo de establecer prioridad en el gasto a los temas más complejos relacionados con la atención integral y la prevención, que se refleja en los montos asociados al ítem presupuesto, tratando de utilizar al máximo la dotación de recursos humanos, de infraestructura y financieros existentes, de forma apropiada..
- En el caso de recursos humanos existe una contribución de recursos humanos por parte de las distintas instituciones sectoriales involucradas en el proceso. La mayor cantidad de éstos se encuentran en los establecimientos de la red asistencial. Los instrumentos utilizados para disponer del recurso humano son generalmente contratas.
- La asignación de la infraestructura para la operación del programa está radicada principalmente en los establecimientos públicos y la infraestructura para la gestión en las entidades gestoras involucradas.
- Desde la perspectiva de los marcos presupuestarios de las Instituciones, éestos se otorgan en el contexto de la Ley de Presupuesto.

Mecanismos de Transferencias

En el caso de FONASA, el mecanismo mayoritario de transferencia de recursos se da en el contexto del GES y es directo a los Servicios de Salud.

Mecanismos de Distribución

Dada la importancia de contar con los medicamentos y preservativos de forma oportuna para el desarrollo y provisión de los subcomponentes 1.4 (disponibilidad de condones) y 2.2 (antirretrovirales para atención integral de PVVIH) existe un sistema de compras que es deficiente.

En el primer caso, se observa que el proceso puede durar hasta 6 meses, implicando, por una parte, el riesgo de no poder contar con las unidades compradas en el mismo año que se quieren distribuir, así como también un desfase en el pago a los proveedores, lo que puede repercutir en licitaciones posteriores y, de esta forma, afectar también los ratios de ejecución presupuestaria.

Paralelamente, se aprecia que existen procedimientos para el manejo de los stocks de antirretrovirales a nivel país, contándose con un sistema de monitoreo que incluye los siguientes aspectos:

- Red de Químicos Farmacéuticos (Q.F.): En cada Servicio de Salud hay una Farmacia que almacena los ARV, y es el lugar donde se dispensan. Hay un/a profesional Químico Farmacéutico responsable de los Antirretrovirales

- En las farmacias tienen normativas y procedimientos para el almacenamiento, dispensación, registros de ingreso, egreso de los medicamentos, rotación de stock y rebaja de stock.
- Comunicación continua vía oficial, o por teléfono, fax o correo electrónico entre Químico Farmacéutico de CONASIDA y los/as profesionales responsables de los ARV del sistema Público de Salud.
- Capacitación continua a Q.F. en gestión y aspectos técnicos relacionados con ARV y Atención Integral a PVVIH.
- Elaboración de un informe bimensual de stock de ARV, que incluye fecha de vencimiento y consumo promedio mensual

En el caso de los antirretrovirales se observa que la brecha entre recursos transferidos por FONASA y facturados por parte de CENABAST se amplió durante los primeros años del período evaluativo y, si bien se han implementado mejoras, como el pago centralizado¹²⁰, dicha situación aún no se resuelve del todo. Este es un problema clave, de importancia vital para el programa, que se considera un aspecto negativo del mismo, ya que crea una situación de riesgo para la distribución oportuna de estos medicamentos.

Mecanismos de Financiamiento.

Tal como se expresó en la parte de antecedentes, con respecto al financiamiento del Programa existe una configuración que da cuenta de los encargados del ámbito de los flujos y asignación de recursos, aunque se debe señalar que se encuentran las siguientes problemáticas presentes:

- Con respecto al proceso de Pago Centralizado para el caso de antirretrovirales, si bien la situación ha mejorado aún se producen atrasos en el envío de dichos mandatos por parte de los Servicios de Salud. Esto ha traído como consecuencia que lo facturado y el gasto devengado no coincidan. En este contexto, el rol de FONASA en este programa es llevar a cabo las acciones pertinentes junto con el MINSAL para disponer de los recursos financieros necesarios, dentro de las restricciones correspondientes, para la cobertura y atención a los beneficiarios del programa y por tanto asignar y transferir los recursos a los Servicios de Salud para su ejecución. Para efectos de una mejor gestión y optimización de los recursos asignados a los Servicios de Salud FONASA efectúa una intermediación en el pago a la CENABAST, que para todos los efectos es de responsabilidad directa de los Servicios de Salud.
- Un segundo problema detectado es que los Servicios de Salud, una vez cerrado el año, los recursos que se transfieren y no son devengados ese año no necesariamente corresponden a saldos de caja para ser utilizados en el pago de los antirretrovirales en caso que hayan quedado pendientes del año anterior. En este sentido los Servicios de Salud utilizan dichos fondos como parte de su Presupuesto, asignando a otras acciones o gastos según sus propias necesidades.
- Otro elemento dentro de estos mecanismos de financiamiento, es que los mandatos no necesariamente se adjuntan con nómina de los beneficiarios, situación que implica la carencia de un registro en este ámbito.

2.4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la Unidad Responsable

Al examinar la información que genera el Programa, disponible en informes de gestión, pagina web, boletines, estudios desarrollados¹²¹ etc., se identifican dos niveles distintos de información, un nivel

¹²⁰ Anteriormente el pago se realizaba directamente a los servicios de salud, los que posteriormente cancelaban las facturas a CENABAST. Actualmente, los recursos son transferidos a cargo el presupuesto desde FONASA a CENABAST y no pasan por los servicios de salud.

¹²¹ La contraparte del Programa proporciona al inicio de la Evaluación un CD, donde se encuentra la información disponible asociada a la gestión, procesos y estudios, boletines y todo la información que disponen para llevar a cabo sus actividades y taráreas.

referido a la información generada por las propias instituciones en su área de dominio y trabajo la cual es en general pertinente, apropiada y periódica. Y una dimensión de información con respecto al programa en su conjunto, esto es, involucrando la gestión conjunta que hacen las instituciones, es en esta dimensión donde se observa algunas deficiencias.

Con respecto al primer nivel, el caso de CONASIDA se aprecia un nivel adecuado de manejo y generación de datos, lo que se presenta en el cuadro siguiente.

CUADRO 17
EVALUACIÓN DE GENERACIÓN DE INFORMACIÓN
CONASIDA

Generación de Información	Óptima	Suficiente	Insuficiente
Bases de datos disponibles con información necesaria y suficiente para la gestión del Programa.	X		
Se actualiza periódicamente la información de las bases de datos.	X		
Se analiza periódicamente la información contenida en las bases de datos Permite cuantificar los indicadores de la matriz de marco lógico del Programa.	X		
El sistema de seguimiento y evaluación genera información pertinente, de calidad, periódica y oportuna.	X		
La información generada retroalimenta la toma de decisiones		X	
La información de seguimiento y evaluación del Programa se vincula adecuadamente con la información requerida por el SIG institucional ¹²²		X	
Las evaluaciones realizadas al programa son independientes	X		
Las evaluaciones permitieron identificar los logros y debilidades del programa se han realizado cambios al Programa producto de la(s) evaluación(es) realizada(s)?.	X		
La información de seguimiento y evaluación del Programa es informada en forma transparente a la ciudadanía.			X
Existe un seguimiento de la línea de base ¹⁹ con indicadores adecuados que permitan realizar futuras evaluaciones.		X	
Caracterizan la línea de base de los beneficiarios previo a la ejecución del Programa, de tal forma que sea posible comparar los indicadores que miden los resultados esperados del Programa.		X	
El funcionamiento de las acciones delegadas se evalúa y se monitorea.		X	
Existe retroalimentación con respecto a las acciones delegadas			X
Existen informe formales de problemas en las acciones delegadas			X

Fuente: Elaboración propia

Es importante señalar que en general el Programa realiza un esfuerzo permanente por la generación, procesamiento y difusión de la información. No obstante, para la toma de decisiones del seguro público (FONASA) la información actual no es suficiente por lo siguiente:

El actual sistema de información, Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) está básicamente orientado al monitoreo del cumplimiento de las garantías explícitas. No obstante, y a pesar de que el tratamiento y monitoreo de exámenes está garantizado, no se registran en este sistema las atenciones otorgadas y por tanto no se lleva un registro centralizado nominado de las

¹²² Sistema de Información de Gestión (SIG): de acuerdo al Sistema de Planificación y Control de Gestión del PMG de la institución responsable del Programa en evaluación.

atenciones y de los consumos o recetas despachadas, ni del cumplimiento de garantías¹²³. La única información que está disponible y nominada es la relacionada con los exámenes de carga viral (compra directa FONASA), genotipos y linfocitos (CD4) cuyo financiamiento es contra reportes de exámenes nominados, pagándose solo los exámenes realizados a beneficiarios de FONASA, debidamente registrados y validados.

FONASA sólo dispone de información sobre las distribuciones de fármacos efectuadas por las compañías farmacéuticas a los establecimientos públicos, (en base a distribución solicitada por la CONASIDA) a los proveedores de los medicamentos, a través de un informe de facturación que mensualmente envía la CENABAST a FONASA, con el detalle de fármacos (nombre y cantidad, entre otros datos). No obstante, no se tiene una información que permita cruzar esta distribución con el despacho de recetas a los beneficiarios de manera nominada. Esto es, las unidades de farmacias no registran en el SIGGES su actividad, básicamente porque el SIGGES no fue concebido para estos efectos.

Por otro lado, dado que hay atenciones que no son garantizadas, no se cuenta con un registro nominado de las atenciones otorgadas por concepto de tratamiento de enfermedades oportunistas elaborado por los Servicios de Salud y enviado a FONASA, no así en el caso de tests de Elisa realizados para detección y diagnóstico. A nivel local (establecimiento) las atenciones otorgadas se registran en documentos ad hoc.

Seguimiento, monitoreo y evaluación

Con respecto a los temas de seguimiento, monitoreo y evaluación que se desarrollan como marco del funcionamiento del Programa que se desprenden de la información proporcionada por las instituciones, es necesario señalar lo siguiente:

Con respecto a actividades de seguimiento y monitoreo todas las instituciones involucradas realizan este tipo de actividades a nivel de sus propias instituciones, así como también evalúan su gestión, pero no únicamente en relación a este programa sino como parte de todo su quehacer en las distintas instancias donde participan. El seguimiento y monitoreo se realizan en distintas acciones a través de visitas en terreno, talleres y actividades regionales y nacionales, comunicaciones telefónicas y de videoconferencias y a través de comunicación escrita.

- Existe un conjunto de informes que dan cuenta de la evaluación del Programa, y cómo los compromisos asumidos como resultado de dichas evaluaciones se han incorporado al quehacer de las instituciones¹²⁴. El Programa está incorporado a los mecanismos y sistemas de control de gestión institucional establecidos para los programas gubernamentales, a través de herramientas de seguimiento y control asociadas, por una parte, a evaluar la incorporación de las prioridades del Programa de Gobierno y, por otra, a evaluar la ejecución presupuestaria. Asimismo, el Programa ha estado incorporado al seguimiento de control ministerial a través de las herramientas de control de gestión internas del MINSAL, esto es a través de los Compromisos de Gestión.
- El Programa, fue evaluado durante el año 2000 en el marco de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) del Ministerio de Hacienda, proceso que concluyó con el establecimiento formal de 8 compromisos. De estos, 7 fueron cumplidos quedando el compromiso referido a la Incorporación de normas técnicas en formación de pregrado de profesionales de la salud, con un cumplimiento parcial, incluso hasta el año 2009¹²⁵, lo que se evalúa positivamente.
- Con respecto a la elaboración de auditorías de proceso, tal como se menciona en los antecedentes aportados, estas dan cuenta de procesos clave en dos ámbitos: RRIP y Acceso a ARV y se han elaborado diagnósticos con respecto a éstos. Se han construido matrices de riesgo,

¹²³ Sin embargo, a nivel local (establecimiento) las atenciones otorgadas se registran en fichas clínicas, unidades de farmacias, es decir, registros locales.

¹²⁴ El detalle de los informes entregados y de las mejoras introducidas se encuentran en la parte de antecedentes

¹²⁵ Recomendaciones y Compromisos Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ETS. Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) Ministerio de Hacienda. 2000

- se han identificados los principales problemas asociados al funcionamiento de éstos, resolviéndose todos los problemas identificados en lo que a RRIP se refiere pero los problemas asociados a la adquisición de ARV, no se han solucionado completamente, puntualmente en lo que se refiere a tiempos asociados a las compras, a mecanismos de pago y a financiamiento.
- Por tanto, aún hoy es necesario mejorar el proceso de compra, pago y facturación. Se requieren mejoras en el ámbito de los tiempos de compra y en la distribución, tanto de antirretrovirales como en el caso de la disponibilidad de condones.
 - La relación con los Servicios de Salud, en el ámbito presupuestario, sigue con las tensiones inherentes y resulta difícil resguardar los recursos de SIDA en este ámbito del Programa.
 - Finalmente, se aprecia la inexistencia auditóreas periódicas de procesos del Programa de modo de tener indicadores clave para una mejor gestión. Las auditóreas de proceso deberían ser un insumo permanente para la mejora continua en el funcionamiento del mismo.

Otros aspectos del programa: la llamada “crisis de las notificaciones” (Iquique)

Luego de la crisis de los casos de VIH no informados en el Servicio de Salud Iquique (año 2008), el Programa implementó una serie de medidas para mejorar la oportunidad del proceso de información de su situación serológica a las personas, basadas en un estudio de situación. Para el estudio fue necesario definir operacionalmente las situaciones:

- Población informada: aquella a la que se le comunicó su condición de VIH positivo confirmada por el ISP
- Población no informada: aquella a la que no se le pudo comunicar porque a pesar de haber sido contactada y citada no acudió a la citación o porque no pudo ser citada por no contarse con antecedentes de contacto correctos.
- Población sin registro: el estudio no pudo establecer si habían o no sido citados.

Los cuadros siguientes muestran la situación para el país y para el SS Iquique de los casos de VIH producidos desde 2004. Se evalúa el % de casos informados (excluyendo fallecidos y repetidos) a octubre de 2008, siguiéndolos desde esa fecha, en 4 momentos hasta octubre de 2009.

ESTADO DE SITUACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS VIH/SIDA CHILE AGOSTO 2008 – OCTUBRE 2009

MOMENTO	INFORMADOS		NO ACUDEN A SER INFORMADOS			SUBTOTAL	Fallecidos / Repetidos
	Nº	%	Citados	No citados	Sin registro de citación		
Octubre 2008	5.407	91.3	244	0	268	5.919	717 / 266
Diciembre 2008	5.136	97.1	59	58	36	5.289	1.078
Febrero 2009	5.161	97.6	39	49	36	5.285	1.082
Octubre 2009	5.165	97.7	35	49	36	5.285	1.082

Fuente: CONASIDA

CUADRO 18 ESTADO DE SITUACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS VIH/SIDA SERVICIO DE SALUD IQUIQUE AGOSTO 2008 – OCTUBRE 2009

MOMENTO	INFORMADOS		NO ACUDEN A SER INFORMADOS			SUBTOTAL	Fallecidos / Repetidos
	Nº	%	Citados	No citados	Sin registro de citación		
Octubre 2008	148	94,3	8	0	1	157	42 / 6
Diciembre 2008	143	94,0	4	5	0	152	47
Octubre 2009	151	99,3	0	1	0	152	47

Fuente: CONASIDA

A nivel nacional, se observa que a octubre de 2008 el 91,3% de los casos confirmados –entre 2004 y agosto de 2008-- habían sido informados, valor que alcanzó a 97,7 % en octubre de 2009, luego de las acciones implementadas para mejorar la comunicación de resultados. En Iquique la situación es semejante con porcentajes de 94,3% y 99,3% de personas informadas, respectivamente, a iguales fechas. Cabe destacar que estas cifras, superiores a 90% de personas informadas, son muy favorables y superiores en relación con lo que ocurre en el contexto internacional. El Centro de Control de Enfermedades¹²⁶ de los Estados Unidos señala que de los 2,1 millones de exámenes para VIH que se efectúan anualmente, el 30% de las personas cuyo resultado fue positivo, no regresó a buscar su examen.

Las medidas implementadas consistieron en la revisión de los puntos críticos de los procesos de atención clínica y vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles de acción del programa y en acciones de refuerzo para el cumplimiento de dichos procesos, todos los cuales se consolidaron y estandarizaron en el “Manual de Procedimientos para la Detección y el Diagnóstico de la Infección por VIH”.

Al caracterizar las situaciones críticas y los hitos o eslabones débiles de la cadena que las producían se determinó que existían tres situaciones, asociadas a procesos diferentes:

- La información a las personas de su situación serológica, relativa al **proceso de atención clínica**. La deficiencia es la no información a las personas del resultado del examen la que se relaciona con registros insuficientes o inexistentes y falta de seguimiento, responsabilidad institucional.
- La no asistencia de las personas informadas a los centros de atención de VIH/SIDA.. Hay una proporción de personas que estando informadas de su condición no acuden al centro de atención integral al que son referidos, responsabilidad de las personas.
- La notificación de casos al sistema de vigilancia epidemiológica, relativo al **proceso de vigilancia epidemiológica**. Hay personas que conociendo su condición han acudido al centro de atención e ingresado a control, pero la institución que los atendió no ha notificado (no realización o realización tardía de la notificación epidemiológica) el caso al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, responsabilidad institucional.

Así, se produce una brecha entre la información a una persona de su condición de VIH positivo y el ingreso del caso al sistema de vigilancia del Ministerio de Salud. La proporción de personas informadas de su resultado, confirmado por el ISP (mostrado en el estudio) alcanzaba a 97,7%. Sin embargo, la proporción ingresada al sistema de vigilancia epidemiológica alcanzaba porcentajes de 63,5% en los establecimientos públicos¹²⁷ de salud y de 41% en establecimientos privados¹²⁸.

La legislación vigente se basa en la libertad y voluntad de las personas para conocer el resultado y para acudir a tratamiento. Sin embargo, el no ingreso de las personas a control, genera una subnotificación al sistema de vigilancia epidemiológica, dado que para que ello ocurra es requisito indispensable la evaluación clínica, inmunológica y virológica, que permitirá al médico tratante clasificar la etapa de infección en la que se encuentra (VIH o SIDA) y con ello, notificarlo al Sistema de Vigilancia, de acuerdo a la definición de caso establecida para el país. La asistencia de las personas a la citación o al ingreso a control pudiera ser influida por la consejería post test si el profesional que solicitó el examen y que comunica su resultado al paciente es más convincente al explicar la necesidad y las ventajas para la persona y su pareja sexual, de someterse al tratamiento de acuerdo al modelo de atención integral.

Por otra, el profesional que atiende a una persona VIH positiva, junto con entregar una atención de acuerdo al modelo de atención integral y a la normativa vigente debe realizar la notificación en

¹²⁶ Centers for Disease Control (CDC), Atlanta, USA.

¹²⁷ II Informe Nacional Estado de Situación de casos confirmados VIH/SIDA originados en establecimientos públicos 2004-2008.

¹²⁸ Informe Nacional Estado de Situación de casos confirmados VIH/SIDA originados en establecimientos privados 2004-2008.

formulario ad-hoc. Ambas acciones son inseparables; sin embargo el profesional no siempre cumple con la segunda. Los porcentajes de notificación al sistema de vigilancia epidemiológica no son satisfactorios, aunque son semejantes a los porcentajes de notificación de las otras condiciones sujetas a notificación obligatoria, tanto en Chile como en otros países de América.¹²⁹

Del análisis de documentos y de entrevistas realizadas, el panel considera que este punto es uno de los más críticos. En lo que respecta a la responsabilidad institucional amerita reforzar, entre los profesionales, el rol de “notificador” junto al rol de profesional “tratante” así como consolidar la actividad de consejería en este entorno clínico asociado a la pesquisa y diagnóstico, dotando a esta actividad del tiempo necesario para su ejecución, el que debe ser programado y costeado. Cabe hacer notar que aún una buena consejería post test puede ser insuficiente para convencer a una persona -que ha recibido el resultado de un examen que impactará su vida- para que acuda a control pues estas personas requieren de un tiempo para asumir su condición. Las personas que acuden a tomarse el examen y lo consienten informadamente deberían, a su vez, asumir la responsabilidad de obtener y conocer oportunamente sus resultados, a objeto de acceder a los servicios disponibles para su atención y tratamiento, hoy garantizados.

¹²⁹ Las Condiciones de Salud de las Américas. OPS/OMS

3. EFICACIA Y CALIDAD DEL PROGRAMA

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Eficacia y Calidad del Programa

3.1. Desempeño del Programa en cuanto a la Producción de Componentes

El desempeño del programa en cuanto a la producción de componentes se presenta en el siguiente cuadro, desglosado según componentes y subcomponentes.

**CUADRO 19
PRODUCCIÓN DE COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES**

COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES		PRODUCCIÓN POR AÑO			
		2.006	2.007	2.008	2.009
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva					
SC 1.1	Campañas de comunicación social educativa	1	1	1	1
SC 1.2	Proyectos de prevención nivel grupal-comunitario (número de proyectos)	171	143	141	78
SC 1.3	Consejerías cara cara (número consejerías realizadas) en beneficiarios sector público de 15 a 49 años	126.285	185.214	190.311	222.675
	Consejería telefónica (número de llamadas atendidas por FONOSIDA)	5.893	10.890	8.383	11.139
SC 1.4	Disponibilidad de condones (número de condones distribuidos)	1.266.241	1.977.961	1.096.900	1.497.956
SC 1.5	Capacitación (número de actividades de capacitación)	7 ¹³⁰	10 ¹³¹	16	46
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento VIH/SIDA y las ITS					
SC 2.1	Detección (número de exámenes VIH y sífilis en embarazadas, control salud sexual y donantes)	557.350 ¹³²	1.131.144	1.171.050	1.228.676
	Control Salud Sexual (número de controles)	26.622	24.541	28.352	19.938
	Manual de Procedimientos y Sistema Registro Único				2
SC 2.2	Atención Integral a PVVIH con TARV ¹³³ , (número de atenciones a PVVIH con TARV por médico ¹³⁴ y matrona/enfermera que incluye consejería, consulta especialista, tratamiento con medicamentos, condones, exámenes de monitoreo y medicamentos para infecciones oportunistas).	46.692	53.868	57.324	67.572
	Atención Integral a PVVIH sin TARV ¹³⁵ (número de atenciones a PVVIH sin TARV por médico ¹³⁶ y matrona/enfermera).	9.357	8.610	9.381	8.802
SC 2.3	Atención Integral a personas con ITS (número de atenciones por médico y matrona/enfermera)	115.596	113.327	107.484	78.670
SC 2.4	Capacitación (número de actividades de capacitación).	9	6	2	84

¹³⁰ Información parcial puesto que los datos se encuentran sistematizados de manera diferente y no por actividades de capacitación realizadas.

¹³¹ Idem anterior

¹³² No incorpora exámenes detección VIH y sífilis en donantes ya que no se disponía del dato de número de donantes para el año 2006.

¹³³ Promedio 6 atenciones anuales por paciente con TARV por médico y 6 atenciones anuales por paciente con TARV por enfermera/matrona

¹³⁴ Sólo se incluyen las atenciones realizadas por médico (6) aunque se programan también 6 atenciones por enfermera/matrona, pero no se incluyen por no contarse con el dato preciso.

¹³⁵ Promedio 3 atenciones anuales por paciente sin TARV por médico y 3 atenciones anuales por paciente sin TARV por enfermera/matrona

¹³⁶ Sólo se incluyen las atenciones realizadas por médico (3) aunque se programan también 3 atenciones por enfermera/matrona, pero no se incluyen por no contarse con el dato preciso.

COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES		PRODUCCIÓN POR AÑO			
		2.006	2.007	2.008	2.009
3.Vigilancia Epidemiológico y Estudios					
SC 3.1	Seguimiento Epidemiológico (Boletín epidemiológico anual)	1	1	1	1
SC 3.2	Estudios VIH/SIDA e ITS	10	9	7	0
4.Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida ¹³⁷					
SC 4.1	Acuerdos y convenios con otros sectores gubernamentales	4	4	4	4
SC 4.2	Informes Compromisos internacionales (UNGASS bianual), Acceso Universal (OMS anual) , ODM bianual	3	1	3	1

Fuente: CONASIDA

Para el componente de prevención la producción según sus subcomponentes se caracteriza por:

SC 1.1 Campañas de comunicación masivas

En términos de campañas de comunicación social educativa, el programa contempla una campaña anual. En el período de evaluación se cumplió con una campaña por año, lo que es un buen indicador ya que en períodos anteriores ello no ha ocurrido así y en 19 años de programa sólo se han hecho 11 campañas totales. Dos de las campañas del período (2006 y 2007) han incorporado a la sociedad civil y se han adaptado a la situación de las regiones, en un trabajo conjunto apoyado por recursos aportados, para la expresión regional, por el Fondo Global. Las campañas han sido bien evaluadas en su proceso y en su resultado, con un porcentaje de recordación mayor al 50%.

Las campañas han sido evaluadas por empresas externas a través de licitaciones: en 2006 la evaluación fue realizada por Time-Research, en 2007 por CCR Cuore y la de 2009 por Drive to Chile. Las evaluaciones de 2006 y 2007 fueron financiadas con recursos del Proyecto Fondo Global y la de 2009 con presupuesto nacional. El año 2008 no se hizo evaluación.

El nivel de producción se considera razonable y cumpliendo las metas propuestas para cada una de las campañas, las que se diferencian según el problema identificado para ser abordado en ella, el mensaje que se desea entregar y la población objetivo de cada una. Desde el punto de vista presupuestario las campañas no siempre se pagan en el año que se realizan, ya que puede producirse un desfase temporal y el gasto de una campaña pagarse al año siguiente.

Las características de las campañas realizadas en el período analizado y la evaluación de ellas (con excepción del año 2008) se presenta a continuación:

CAMPAÑA 2006 (VIII): Se mantuvo el modelo participativo y descentralizado. Mensaje: "Mi vida la cuido toda la vida: siempre condón". El mensaje se comunicó a través de dos spots de TV: uno fue "el chat" y el segundo tres situaciones preventivas. Se agregaron tres frases radiales con las mismas tres situaciones de la TV y afiches respectivos. Población objetivo: 15 a 29 años, sexualmente activos/as, de nivel socio económico medio-bajo y bajo (C2, C3, C3 y D) por las evidencias epidemiológicas sobre la mayor vulnerabilidad social de estos grupos. Objetivo: Lograr una evolución desde el uso ocasional hacia el uso consistente del condón, (entendido como el usarlo correctamente y en toda ocasión de riesgo de transmisión sexual del VIH)

Evaluación: Cuantitativa (1.600 encuestas telefónicas) y cualitativa (16 entrevistas en profundidad). El porcentaje de recordación alcanzó a 85% y el posicionamiento del objetivo fue favorable en el 80% del grupo destinatario. Quedó instalado el mensaje "siempre condón" por su simplicidad, logrando

¹³⁷ No se cuantifica la producción en el subcomponente sociedad civil dado que el trabajo asociativo con organizaciones de la sociedad civil es transversal a los componentes 1, 2 y 3. Se expresa a través de mesas técnicas, ejecución conjunta de proyectos y estudios. No es posible distinguir para cada año la producción específica dado que están incorporados en los componentes señalados.

transversalidad etarea y socioeconómica. Quedó asociado el autocuidado con el uso del condón (siempre). Se obtuvo este resultado por acumulación superpuesta de los efectos de las campañas anteriores: continuidad, persistencia, coherencia y focalización creciente. Se evaluó la alta potencialidad comunicacional de Internet para segmentos juveniles por lo que se recomienda su utilización.

CAMPAÑA 2007: Se compuso de un spot central de TV que expresaba las opciones personales de jóvenes frente a la prevención del SIDA. En spots de radio, las personas dialogaban, profundizando los argumentos sobre su opción preventiva; se agregaron afiches con información relevante sobre la epidemia. Mensaje: “Yo decido y me cuido siempre”. Población objetivo: se insiste en el mismo segmento etáreo y socioeconómico de la Campaña anterior. Objetivo: Provocar el debate y la decisión juvenil sobre las conductas preventivas frente al riesgo de contraer el VIH.

Evaluación: Fase Cuantitativa realizada a partir de 1.860 entrevistas telefónicas que incluyeron a todas las regiones del país. Se evaluaron aspectos como el nivel de recuerdo de la campaña, la percepción de la campaña y sus efectos en la población objetivo. Se observó un nivel de recordación de la campaña de un 67% y del mensaje “yo decido y me cuido siempre” de un 78%. Se confirmó que el autocuidado se había instalado en la cultura conductual de la población objetivo de los mensajes (adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años, con vida sexual activa, de nivel socioeconómico C2, C3 y C3D). Un 77% declaró interesarse más por el tema al ver la Campaña. En la exploración cualitativa con personas integrantes de tribus urbanas se reflejó una demanda por información insatisfactoria.

CAMPAÑA 2008: Se compuso de dos fases.

La primera, en base a un spot central de TV que promovía y validaba la consejería como un derecho de la población para acceder a información para la prevención del SIDA, para apoyar las decisiones relacionadas con el examen de detección del VIH y para acceder a su resultado. Mensaje: “La consejería es un derecho”. Población objetivo: población general. Objetivos: Entregar una respuesta institucional a la problemática asociada a la entrega de resultados de exámenes confirmados positivos por el ISP, validando públicamente la consejería como una instancia de apoyo a la información/ entrega de los resultados de exámenes y como un derecho ciudadano y, finalmente, mantener la confianza de la ciudadanía en las acciones del Ministerio de Salud respecto al VIH/SIDA.

Evaluación: No se realizó estudio de evaluación específico.

La segunda fase consistió en la promoción de la prevención del VIH en sitios de encuentro de Hombres que tienen sexo con Hombres, una de las poblaciones más vulnerables frente a la epidemia del VIH/SIDA, en 6 ciudades del país: Arica, Iquique, Valparaíso, Talca, Concepción y Santiago. Objetivos: Informar a la población objetivo sobre los servicios de consejería disponibles para la prevención del VIH/SIDA y promover los mensajes para la prevención del VIH/SIDA. Metodología de trabajo: Grupos de 6 jóvenes (4 hombres y 2 mujeres) visitaron locales de encuentro de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) para promocionar el FONOSIDA y sensibilizar respecto a la prevención del VIH. Material distribuido: Poleras, postales y afiches.

Evaluación: No se realizó estudio de evaluación.

CAMPAÑA 2009: Campaña compuesta por tres spots de televisión, tres tipos de afiches y tres tipos de dípticos (Prevención, Examen de detección del VIH y Tratamientos) y cuatro frases radiales que fueron difundidas a través de canales de televisión abierta y por cable de alcance nacional, radios nacionales y locales, medios de prensa nacionales y locales, carreteras, buses y colectivos en diferentes regiones, además del Metro en la Región Metropolitana. Propósito comunicacional: Contribuir a generar un clima social que favorezca la prevención del VIH, y el acceso oportuno a servicios de salud de grupos vulnerables más expuestos al riesgo de adquirir el VIH y al deterioro de su estado de salud. Objetivos: Apoyar la aceptación social de las distintas conductas preventivas de las personas y la mantención de éstas en el tiempo; instalar socialmente la necesidad del acceso temprano al examen diagnóstico del VIH; Difundir los mecanismos disponibles para el apoyo de las decisiones de la población para la prevención del VIH y reforzar la responsabilidad compartida entre el sistema de salud, los/as usuarios/as y la sociedad en el acceso al tratamiento y al apoyo social que

requieren quienes viven con VIH. Público objetivo: Hombres y mujeres con vida sexual activa que han decidido prevenir el SIDA por transmisión sexual; hombres homo y bisexuales y sus parejas, con vida sexual activa, entre 18 y 35 años, que tienen conductas sexuales de riesgo, como es el tener más de una pareja sexual sin uso de condón; Personas que acuden tardíamente a la atención por miedo a la discriminación social. Mensajes: En la prevención de virus del SIDA, decides tú; para detectar el SIDA a tiempo, decides tú; Para mantener tu calidad de vida, decides tú.

Evaluación: Estudio en base a entrevistas telefónicas y entrevistas en profundidad. Se realizaron 1.860 encuestas telefónicas a una muestra nacional y 38 entrevistas en profundidad a hombres homo y bisexuales y sus parejas y a personas de 18 a 40 años, que sabían que eran VIH positivas en las ciudades de Arica, Valparaíso, Santiago y Concepción-Talcahuano. Resultados cuantitativos: recuerdo total de un 56%, con un mayor porcentaje en mujeres y en nivel socioeconómico C3D. A nivel regional hubo mayor recuerdo (superior a 56%) en las regiones de Maule, Atacama, Coquimbo y Metropolitana. El mensaje más recordado fue “protegerse, cuidarse con condón”. 73% de los encuestados dijo haber visto la campaña por TV, seguido por un 26% que la escuchó en radio. Las instituciones asociadas a su autoría son el Gobierno, el Ministerio de Salud y CONASIDA. El 70% recuerda los servicios propuestos (el 28% menciona servicios de salud, el 24% a FONOSIDA y el 13% el acceso al examen de detección). De quienes recordaban la campaña, la gran mayoría (sobre 75%) la definió como informativa, educativa, directa y cercana.

SC 1.2 Proyectos de prevención grupal-comunitaria

Se observa en el período una disminución en la cantidad de proyectos que alcanza a un 54% comparando el año 2006 con el año 2009 (171 y 78, respectivamente). Estos proyectos se han realizado principalmente con poblaciones prioritarias, considerándose importante incluir también a las poblaciones vulnerables emergentes entre sus poblaciones objetivo. Sin embargo, ello puede ser difícil dada la tendencia a la disminución de proyectos. La disminución de éstos se debe, en gran medida, al término del apoyo financiero dado por el Fondo Global, a lo que se suma el cambio en la gestión de los proyectos, ya que desde 2009 los recursos financieros no se manejan desde CONASIDA sino que se encuentran dentro del Plan de la Subsecretaría de Salud Pública, en que las SEREMIS han destinado montos menores a la ejecución de proyectos grupales comunitarios para la prevención del VIH y las ITS.

SC 1.3 Consejería individual cara a cara y telefónica

Se observa un incremento de las consejerías cara a cara que alcanzan a las personas, de 76% en el período (126.283 a 222.675) lo cual se considera un progreso favorable en la producción, atribuible al esfuerzo permanente a lo largo de los años por instalar este servicio, acompañado también de una mejoría en los registros que permite conocer de mejor manera esta producción.

La consejería tiene también un componente telefónico que incrementó su producción de 5.893 a 11.139 llamadas entre 2006 y 2009 (89% de aumento), evolución favorable dada la importancia de este servicio por ser anónimo y confidencial.

SC 1.4 Disponibilidad de condones como método preventivo para población usuaria de S.S.

La distribución de condones se incrementa en un 18,3% entre 2006 y 2009 (1.266.241 a 1.497.956, respectivamente) variando entre un máximo de 1.977.961 y un mínimo 1.096.900, variabilidad que se puede explicar por un desfase entre la compra y la distribución, que hace que los condones programados para entregar hacia fines de un año sean distribuidos a comienzos del siguiente, lo que también se acompaña de una alta variabilidad en la ejecución presupuestaria.

El análisis de este indicador en la dimensión del componente de prevención muestra cumplimientos de las metas de 38,3% en 2006, 56,5% en 2007, 6,3% en 2008 y 14,1% en 2009, evolución insatisfactoria dada la importancia del componente en el control de las epidemias de VIH e ITS.

SC 1.5 Capacitación y asesoría técnica

Para el año 2009 hay un aumento significativo de las actividades de capacitación (de 7 a 46, lo que significa 557% de aumento), lo que es claramente positivo.

Junto con conocer el número de actividades y el porcentaje de SEREMIs que cuentan con un encargado capacitado, interesa saber cuantas personas están capacitadas y cuantos encargados trabajan con un equipo igualmente capacitado. En este sentido, durante el año 2009 aumentó el número de capacitaciones desde las SEREMIS alcanzando a 574 personas capacitadas en Consejería a través de 24 talleres, lo que fue posible dada la disponibilidad de recursos extraordinarios a través del plan de 90 días, ya comentado.

El componente 2 Atención clínica para la detección, diagnóstico, control y tratamiento VIH/SIDA y las ITS realizadas, se desarrolla a través de 3 subcomponentes (SC) que presentan la siguiente evolución de sus indicadores:

SC 2.1 Atención clínica para detección y diagnóstico

El número de exámenes se incrementa en 8,6% entre los años 2007 y 2009¹³⁸ alcanzando a 1.228.676 en 2009. Se consideran los exámenes realizados en embarazadas que tienen doble objetivo: detectar para tratar a la embarazada y que el tratamiento efectivo en ellas controle la transmisión vertical, tanto de VIH como de sífilis. Asimismo, se incluye al grupo de riesgo compuesto por personas en control de salud sexual (que ejercen el comercio sexual). Gran importancia tiene el grupo de donantes de sangre y órganos, por tratarse de personas presuntamente sanas en que la detección eventual, en etapa precoz se asocia a buen pronóstico clínico y epidemiológico. Este incremento es adecuado y la tendencia debería mantenerse.

SC 2.2 Atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA

El número de atenciones efectuadas por médico a PVVIH con tratamiento antirretroviral se incrementa en 44,7%, de 46.602 a 67.572 entre 2006 y 2009. El número de atenciones efectuadas por médico a PVVIH sin TARV disminuye en 5,9%, de 9.357 a 8.802 entre 2006 y 2009. Ambas cifras se encuentran relacionadas ya que una modificación reciente de la norma (cambio en la definición clínica y de laboratorio de SIDA) significa que el punto de corte para entregar TARV a las personas es de 350 CD4, en lugar de 200 que era el recuento anterior para uso de TARV.

El aumento en las atenciones con TARV también está influido por la implementación del GES y por el impacto de la terapia que aumenta la sobrevida y, por lo tanto, las personas se mantienen más tiempo en control y TARV.

Las PVVIH reciben en promedio 6 atenciones por médico al año y 6 atenciones por profesional enfermera/matróna

El acceso a tratamiento antiretroviral (TARV) por parte de las personas que viven con el VIH/SIDA se inició el año 1993, y en concordancia con los avances científicos logrados se inició con monoterapias, desde 1996 con biterapias y desde 1999 con triterapia. Desde 1997 Chile forma parte de un proyecto del programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, para facilitar el acceso a los medicamentos para el VIH/SIDA.¹³⁹ El 1 de junio de 2003 se alcanzó la cobertura del 100% en el sistema público de salud. Con la incorporación del acceso a tratamiento antiretroviral en las Garantías Explícitas en Salud (Ley 19.966), a partir del 1 de julio de 2005 se compromete la sustentabilidad de cobertura del 100% del tratamiento antiretroviral.

¹³⁸ No se consideró el año 2006 porque los datos no son comparables, ya que ese año no se contó con la información de exámenes en donantes, dato disponible en los 3 años siguientes

¹³⁹ Con este proyecto se pretende ampliar la cobertura de los tratamientos adecuados; diversificar las terapias para el VIH/SIDA; compartir la responsabilidad de la búsqueda de soluciones terapéuticas con las empresas y otros actores sociales involucrados en el tema; desarrollar un proyecto de apoyo psicosocial para facilitar la adherencia de las PVVIH a los tratamientos y controles clínicos.

La atención para hombres y mujeres que viven con VIH en el sistema Público de Salud está instalada en todo el país, incluye el acceso a controles médicos, tratamientos antiretrovirales, exámenes de monitoreo y el acceso a información para el autocuidado y a preservativos para la prevención secundaria. El enfoque de género está incorporado en la Consejería de apoyo a la adherencia a tratamientos en tanto considera los elementos facilitadores y/u obstaculizadores para hombres y mujeres respecto a mantenerse adherentes a la terapia acordada con su médico tratante. También se encuentra incorporada en el análisis de la situación relacionada con la negociación y el uso del preservativo por personas que viven con VIH.

Respecto a la tasa de respuesta desde CONASIDA a solicitudes de establecimientos del sistema de salud público para inicio y cambio de TARV, de acuerdo a decreto GES vigente, esta respuesta alcanza el 100% de las solicitudes.

Con respecto a los manuales, las metas del programa no definen el número de manuales de procedimientos requeridos, aunque sí se establece que se actualizarán. El programa tiene sistemas establecidos de producción y revisión periódica de los manuales y normas. En el periodo sólo en el último año se produjo 1 manual (de 1 planificado) y un sistema de registro único¹⁴⁰, lo que es adecuado y suficiente.

En relación a la atención integral en VIH/SIDA el indicador muestra en los años 2007 y 2009 sólo el 45,5% y 42,4%, respectivamente, de los establecimientos de atención secundaria cuenta con al menos el 90% de las horas médica para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo al modelo. Similar situación se observa para profesional enfermera/matróna (46,2 y 39,4% en dichos años). Cabe agregar que la brecha se debería acortar para 2010 dado los cargos aprobados para ser financiados¹⁴¹ en algunos de los Centros de Atención a PVVIH del país.

SC 2.3 Atención integral de ITS

En el caso de la atención integral de ITS se aprecia una reducción en el número de consultas ITS por médico y matrona/enfermera de 115.596 a 78.670, equivalente a un 32% entre 2006 y 2009 en el país. Parte de este descenso se asocia a la disminución de la incidencia de gonorrea de 7,9 a 6 casos por 100.000 habitantes entre 2006 y 2009 y también es probable que ello esté asociado a la calidad e integridad de los registros de las actividades. No existe una meta explícita de atenciones a realizar, aunque sí se atiende al 100% de las personas que consultan por esta causa.

SC 2.4 Capacitación y asesoría técnica

Con respecto al número de actividades de capacitación se observa un aumento significativo para el año 2009, de 9 a 84 actividades de capacitación, con un incremento pprcentual de 833. El gran incremento para 2009 es muy meritorio ya que a ese año ya no se contaba, como en años anteriores, con financiamiento por el proyecto Fondo Global. Los indicadores asociados a este subcomponente, muestran que la norma de contar con, al menos, un equipo profesional capacitado en VIH/SIDA, se cumplió 100% en todos los años, mientras que en el caso de ITS, alcanzó cumplimiento de 100% en los años 2008 y 2009.

Componente 3 Vigilancia epidemiológica y estudios

Con respecto al **seguimiento epidemiológico** se observa el cumplimiento de un boletín epidemiológico anual, lo que es adecuado para dar cuenta de la evolución epidemiológica de VIH/SIDA e ITS. En cuanto a las metas se observa un incremento en la proporción de casos confirmados por el ISP notificados al sistema de vigilancia epidemiológica del MINSAL, atribuible al esfuerzo de mejorar la información a las personas y la notificación epidemiológica, al mejoramiento de las acciones de fiscalización de la SEREMI sobre los sectores privado y público de salud y al

¹⁴⁰ Medida 8: Reforzamiento y Consolidación de la Consejería y Desarrollo de Nuevos Procedimientos en el Acceso y Seguimiento en el Diagnóstico de Infección por VIH. Plan de Acción para el Fortalecimiento de la Gestión en Salud: Plan de 90 días". Ministerio de Salud. Diciembre de 2008

¹⁴¹ Ordinario C31/Nº 1449 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, 17 de mayo de 2010.

incremento en la elaboración de la notificación epidemiológica a nivel del establecimiento de salud, la cual es enviada a la SEREMI y desde esta al MINSAL.

Con respecto a **Estudios**, se realizaron entre 7 y 10 por año, los 3 primeros años, pero no se realizó ninguno en el 2009; esta drástica reducción durante el período se debe a que el proyecto financiado por el Fondo Global deja de operar a mitad del 2008. Ello evidencia que, aunque el programa tiene identificadas las necesidades de estudios, no cuenta con una programación institucional propia para el desarrollo de éstos, lo cual depende de la disponibilidad de recursos financieros.

Componente 4

Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional.

Acuerdos y convenios con otros sectores

Con respecto a la producción de acuerdos marco y convenios de trabajo, se observa un estancamiento en la producción de este componente, en 4 actividades por año, que debería retomarse generando otros convenios, como por ejemplo con el Ministerio del Trabajo (hay experiencias internacionales al respecto), y adicionalmente redefiniendo los ya existentes como es el caso del Ministerio de Educación.

Compromisos internacionales

Chile ha dado cumplimiento a los compromisos internacionales. Se han entregado 3 y 1 informes por año, cumpliendo la meta de los mismos, además de mostrar resultados satisfactorios, lo que se muestra en el cuadro siguiente a través de algunos indicadores relevantes de impactos atribuibles o asociados a las acciones del programa y que resume el avance en el cumplimiento de las metas que el país ha comprometido en el marco internacional de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM):

CUADRO 21
Evolución Indicadores Mínimos Objetivos de desarrollo del Milenio
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA
Metas 7 y 8

INDICADORES	AÑO			% alcance de la meta	Meta 2015
	1990	2000	2005		
Prevalencia de VIH en embarazadas a nivel nacional ¹⁴² .	S/I	0,05	0,05	100	0,05
Uso de preservativos por jóvenes de 15-24 años en iniciación sexual (%)	S/I	18	46,1	92,2	50
Porcentaje de la población de 15-24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA.	S/I	35,0	70,0	73,7	95,0
Disponibilidad de preservativos en población de 15-49 años (nº de condones importados/población de 15 a 49 años)	S/I	1,7	2,6	52	5,0
Mortalidad por SIDA. Tasa por 100.000 habitantes	0,5	3,0	2,4	47	1,7

Fuente: Informes bianuales http://www.pnud.cl/odm/segundo-informe/MDGR_Chile2008.PDF

Datos 2000: 1º Informe nacional, publicado en 2006

Datos 2005: 2º Informe nacional, publicado en 2008

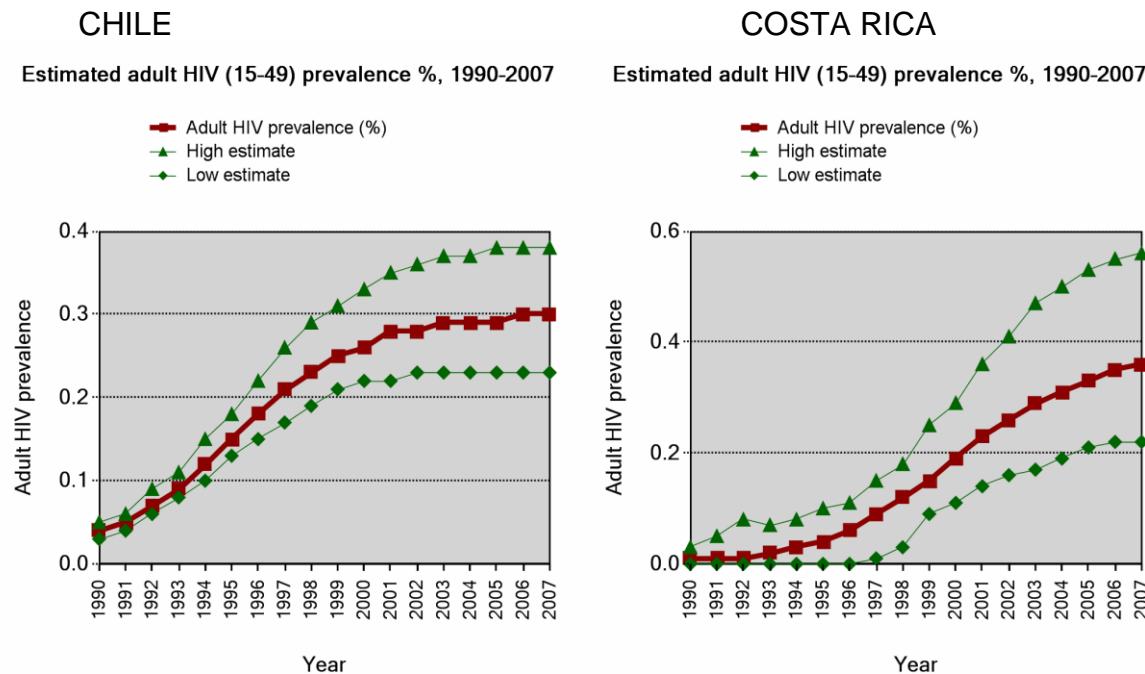
¹⁴² Este valor reemplaza al indicador "prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años

El cuadro resume los progresos y también los desafíos y necesarios refuerzos para consolidar los logros alcanzados y para avanzar en el cumplimiento de los indicadores más lejanos a las metas. Destaca el descenso de la mortalidad, asociado a los tratamientos antirretrovirales.

Comparación internacional:

Como referencia internacional se presenta la prevalencia estimada de VIH en el grupo etario de mayor riesgo, los adultos de 15 a 49 años, en países comparables con Chile por sus características sanitarias generales: Costa Rica, Argentina y Brasil¹⁴³.

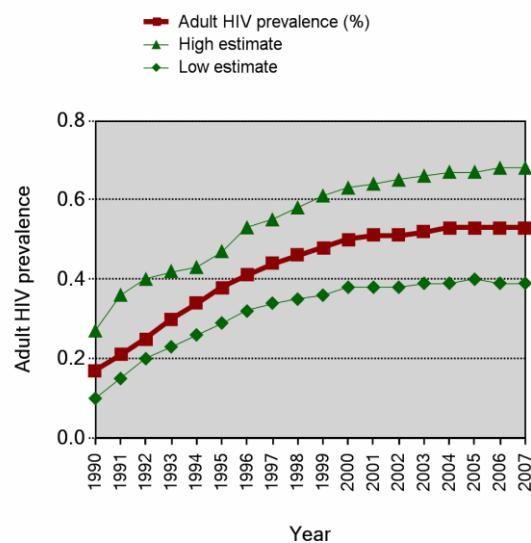
PREVALENCIA ESTIMADA DE VIH EN POBLACIÓN DE 15 A 49 AÑOS PAÍSES SELECCIONADOS 1990-2007



¹⁴³ Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, 2008 update: Argentina, Brazil, Costa Rica, Chile World Health Organization, UNAIDS, UNICEF.

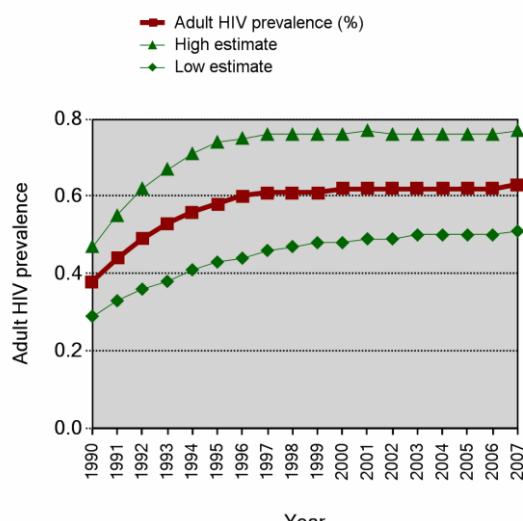
ARGENTINA

Estimated adult HIV (15-49) prevalence %, 1990-2007



BRAZIL

Estimated adult HIV (15-49) prevalence %, 1990-2007



Fuente: UNAIDS/WHO 2009

Los gráficos muestran la evolución de la prevalencia de VIH entre 1990 y 2007, estudiada con igual metodología en todos los países. Muestran la prevalencia (número total de casos incluyendo nuevos y antiguos) por 100. Se puede observar que Chile en 2007 tiene la más baja prevalencia (0.30%), en tanto Costa Rica tiene una prevalencia de 0.38%, Argentina de 0.53% y Brasil de 0.61%.

Se observa que, si bien el registro de prevalencia de VIH entre 1990 y 2007 aumentó 19 veces en Chile (incremento superior a la tendencia de los otros países), al año 2007 Chile tiene una prevalencia registrada de VIH que equivale al 79% de la de Costa Rica, 57% de Argentina y 49% de Brasil.

La curva de crecimiento de prevalencia de VIH en estos países entre 1990 y 2007, indica que Brasil (que actualmente tiene el doble de la tasa que Chile), comenzó un relativo proceso de estabilización, en alrededor del 0.6% actual, ya desde 1996; Argentina (que tiene una tasa superior de 77% que la de Chile), comenzó una relativa estabilización alrededor de 2001. Costa Rica, (cuya tasa es superior en 27% respecto a la chilena), mantiene un crecimiento progresivo sin apreciarse hasta el 2007 una tendencia hacia la estabilización.

La tendencia histórica de los registros anuales de VIH en Chile indica que la velocidad de crecimiento se reduce en forma notoria a partir de 2001. De acuerdo a esas tendencias, es posible considerar como escenario para Chile, que se está cercano al momento de la relativa estabilización anual de registros, lo que incluso podría ocurrir manteniendo un nivel más bajo que los otros países de comparación.

3.2. Desempeño del Programa a nivel de Propósito

3.2.1. Análisis de Cumplimiento del Propósito

El desempeño del Programa, de acuerdo a los indicadores de propósito se presenta en cuadro siguiente:

CUADRO 22
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DEL PROPÓSITO

Indicador(*)	AÑO			
	2006	2007	2008	2009
Incidencia anual del VIH EFICACIA, IMPACTO	4,7	4,3	5,2	7,2
Incidencia anual de SIDA EFICACIA, IMPACTO	2,5	3,6	4,2	5,1
Incidencia anual de Sífilis EFICACIA, IMPACTO	18,2	17,9	18,6	19,6
Incidencia anual de Gonorrea EFICACIA, IMPACTO	7,9	7,6	6,1	6,3
Mortalidad por SIDA	2,6	2,4	2,3	No disponible ¹⁴⁴
Tasa de Sífilis congénita EFICACIA, IMPACTO	0,22	0,29	0,30	No disponible ¹⁴⁵
Tasa de transmisión vertical VIH-SIDA EFICACIA, IMPACTO	2,5	3,5	2,6	4,0
Sobrevida de PVVIH a 36 meses de TARV EFICACIA, IMPACTO	85% (línea base 2005) ¹⁴⁶	91,2%	90,9%	No medido
Porcentaje de la población encuestada con conocimiento adecuado ¹⁴⁷ del VIH/SIDA	No medido	57,9%	No medido	82,1%
Porcentaje de uso del condón en la iniciación sexual ¹⁴⁸ EFICACIA, IMPACTO	46,1%	No medido	No medido	49,1%

Fuente: CONASIDA

(*) Incidencia y Mortalidad: Tasas por 100.000 habitantes

Sífilis congénita: Tasa por 1.000 nacidos vivos

Transmisión vertical VIH/SIDA: Tasa por 100 nacidos vivos hijos de madre VIH positivo

Desde la perspectiva de salud pública no es aconsejable esperar grandes cambios en indicadores globales, (como los que se muestran en el cuadro) en periodos cortos, en general inferiores a 5 años, ya que éstos tienen latencia en producirse, lo que se tiene en cuenta en el análisis.

Al analizar la **incidencia de VIH** se observa un incremento de 46,8% en el período (tasa por 100.000 de 4,7 a 6,9). El incremento en **SIDA** es de 92% (tasa por 100.000 de 2,5 a 4,8) entre el 2006 y el 2009. Estos incrementos pueden deberse a un aumento real de la incidencia junto a un incremento en la detección y un mejor registro. El aumento observado durante los años 2008 y 2009, también es atribuible a un aumento de las notificaciones epidemiológicas producto de la “crisis” comentada y las medidas implementadas. En el caso de SIDA a partir del año 2007 se introdujo un cambio en la

¹⁴⁴ Fuente de información oficial del MINSAL es el DEIS. Los datos de mortalidad tienen una latencia de 18 a 24 meses y esta cifra no está disponible al cierre de este informe

¹⁴⁵ Información no disponible por latencia del sistema

¹⁴⁶ Informes Evaluación Estudio Impacto de TARV, años 2006, 2007 y 2008, que entrega proporciones sin detallar números absolutos

¹⁴⁷ Conocimiento adecuado se define como: el porcentaje de población (general o específica que se haya definido) que identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y rechaza las ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

¹⁴⁸ Corresponde a un estudio poblacional, realizado en jóvenes de 15 a 29 años. El diseño asegura representatividad a través de muestreo estratificado y polietápico por región, con distribución al azar de todas las otras variables de segmentación de la muestra y con distribución de residencia (urbano/rural) proporcional al interior de cada región

definición de caso, basada en la cuantificación de CD4, de modo que personas que con la definición usada hasta el año 2006 eran clasificadas como VIH, desde el 2007 se incluyen en la tipificación de SIDA. Esto se manifiesta a partir de ese mismo año (2007) y explica el salto entre 2006 y 2007.

La incidencia anual de **sífilis** se mantiene constante y la incidencia anual de **gonorrea** presenta un descenso de 24%. Epiedmiológicamente el no incremento y el descenso son positivos en el contexto de estas infecciones, que tienen actividades de detección.

La **mortalidad por SIDA** presenta un descenso desde 2,6 a 2,3 por 100.000, equivalente a un 11,5% entre 2006 y 2008 (año 2009 sin información) lo que en números absolutos representa una disminución de 30 muertes (422 y 392 muertes, respectivamente). Esto refleja una tendencia iniciada el año 2001 y atribuible al uso de TARV. Destaca, asimismo, el incremento de la **sobrevida a 36 meses** de los pacientes en TARV, desde 85% en el año 2006 a 90,9% en 2008, (6,9%), también atribuible al uso de TARV.

La tasa de **transmisión vertical de VIH/SIDA** presenta un incremento de la tasa de 2,5 a 4 por 100 madres VIH positivas. Estas variaciones no son estadísticamente significativas, pues el indicador es inestable dado el número pequeño de casos en nacidos vivos afectados (sube de 4 a 6 en el período) y el bajo número de madres VIH positivo (baja de 159 a 149 en el período). Estas cifras deben tender a mejorar dada la existencia de la oferta del examen de detección del VIH a la embarazada y la aplicación del protocolo de prevención de la transmisión vertical a la embarazada VIH positiva.

La tasa de **sífilis congénita** se mantiene bajo 0,5, lo que es satisfactorio. Esta cifra corresponde a la meta nacional que el país ha comprometido ante los organismos internacionales¹⁴⁹.

En el indicador “porcentaje de la población encuestada con **conocimiento adecuado del VIH/SIDA**”, se observa un incremento de sus niveles en el período, desde 57,9 a 82,1%, lo que es satisfactorio, aunque susceptible de mejorar a través del componente de prevención y sus subcomponentes, especialmente de las campañas de comunicación social educativas, periódicas.

En el caso del **uso de condón en la iniciación sexual**, se produce un incremento del indicador en el período, desde 46,1 a 49,1%, lo que no es satisfactorio pues se mantiene un riesgo en la población joven.

El cumplimiento del propósito se considera adecuado en su conjunto, particularmente por el descenso de la mortalidad por VIH/SIDA, aunque hay dimensiones en las que se debe mejorar, especialmente en los aspectos dependientes de las actividades de prevención, como es el caso de uso del condón en la iniciación sexual.

3.2.2. Beneficiarios Efectivos del Programa

Los beneficiarios efectivos del programa son denominados por éste como “población alcanzada” y ambos términos se consideran sinónimos en esta evaluación. La denominación de los grupos corresponde a la ya especificada al presentar las poblaciones potencial y objetivo en el capítulo de antecedentes.

El cuadro siguiente muestra los beneficiarios efectivos según subcomponentes.

¹⁴⁹ Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

CUADRO 23
NÚMERO DE BENEFICIARIOS EFECTIVOS
SEGÚN COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES
PROGRAMA VIH/SIDA E ITS
AÑOS 2006-2009

	Descripción de la población	2.006	2.007	2.008	2.009
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.					
1.1. <i>Campañas de Comunicación Social Educativa realizada</i>	Población objetivo de las campañas de comunicación social	975.175	1.081.660	2.910.276	1.304.911
1.2. <i>Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS</i>	Población Vulnerable Prioritaria (HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas viviendo con VIH/SIDA)	31.527	8.675	28.879	2.838
	Población Vulnerable Emergente: Jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores.	44.205	48.752	10.332	15.132
1.3. <i>Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes</i>	Nº Consejerías realizadas a beneficiarios del sector de salud público entre 15 y 49 años en red de establecimientos de los Servicios de Salud año t	126.285	185.214	190.311	222.675
	Nº Llamadas anuales atendidas por FONOSIDA año t 12 horas op diarias * 5 llamadas hora * 5 días * 50 semanas	5.893	10.890	8.383	11.139
1.4. <i>Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública desarrollada</i>	Personas que viven con VIH en control en Establecimientos de la red de salud pública	10.901	11.848	12.681	14.196
	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	13.288	10.006	9.097	9.085
	Consultantes de ITS	15.974	14.929	15.425	16.121
	Población vulnerable focalizada Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con Poblaciones vulnerables (HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y PVVIH). Jóvenes INJUV, Universidades y otros Centros de formación ONGs y otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS	109.563	241.779	235.968	171.883
1.5. <i>Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas</i>	Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA	222	179	15	65
	Profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/municipal	409	428	352	87
	Personas de organizaciones de la sociedad civil (Personas viviendo con VIH, HSH, trabajadores sexuales) y personas privadas de libertad	4.391	418	0	0
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada					

	Descripción de la población	2.006	2.007	2.008	2.009
2.1. Atención integral para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	13.288	10.006	9.097	9.085
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección sífilis)	175.784	196.033	202.729	200.958
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección VIH)	175.784	196.033	202.729	200.958
	Donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH)	Sin inf	242.706	254.464	289.047
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	Personas que viven con VIH en control activo	10.901	11.848	12.681	14.196
	Personas que viven con VIH están en control activo y con tratamiento ARV	7.782	8.978	9.554	11.262
	Personas que viven con VIH en control activo sin TARV	3.119	2.870	3.127	2.934
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa	Consultantes de ITS atendidos por especialista nivel secundario	15.974	14.929	15.425	16.121
2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizada	Servicios de Salud	36	82	0	147
	Profesionales de Equipos de Atención de VIH	1.093	972	0	680
	Profesionales de Equipos de Atención de ITS	31	26	130	1.021

Fuente: CONASIDA

En el componente de prevención la población alcanzada (beneficiarios efectivos) presenta las siguientes cifras según subcomponentes:

La población alcanzada en las **campañas de comunicación masiva** se eleva de 975.175 a 1.304.911 en los 4 años (33,8%).

La población vulnerable prioritaria alcanzada a través de **proyectos grupales comunitarios** disminuye de 31.527 a 2.838 en los 4 años (90,1% de disminución). La población vulnerable emergente alcanzada en este tipo de proyectos disminuye 44.205 a 15.132 en los 4 años (65,7% de disminución)

La población alcanzada en **consejería individual** cara a cara se eleva de 126.285 a 222.675 en los 4 años (76% de aumento). La población alcanzada en consejería individual telefónica se eleva de 5.893 a 11.139 en los 4 años (89% de aumento).

La población alcanzada en **disponibilidad de condones** en el componente de prevención, PVVIH en control, se eleva de 10.901 a 14.196 en los 4 años (30,2% de aumento). La población de personas que ejercen el comercio sexual alcanzada en disponibilidad de condones disminuye de 13.288 a 9.085 en el período (disminución de 31,6%), en tanto la población de consultantes ITS se mantiene prácticamente constante, elevándose en 0,9% en el período de evaluación (de 15974 a 16.121). La población focalizada alcanzada en disponibilidad de condones se eleva de 109.563 a 171.883 en los 4 años (56,9% de aumento).

La población alcanzada en **capacitación y asesoría** a personal de salud disminuye de 222 a 65 personas en los 4 años (70,7% de disminución, en tanto en profesionales y técnicos de otros sectores disminuye de 409 a 87 (78,7% de disminución) y en personas de la sociedad civil disminuye de 4.391 en 2006 a 418 en 2007 y a 0 los años siguientes. Este hecho es preocupante y se debe a la falta de financiamiento sectorial que reemplace el financiamiento externo (fondo global) que apoyó al programa.

Con respecto al componente de **atención integral**, las poblaciones alcanzadas según subcomponentes son las siguientes:

En **detección y diagnóstico**, la población de personas que ejercen el comercio sexual y están en control disminuye de 13.288 a 9.085 en los 4 años (31,6% de disminución), en tanto la población alcanzada entre embarazadas aumenta de 175.784 a 200.958 (14,3% de aumento). Por su parte la población de donantes alcanzada entre 2007 y 2009 aumenta de 242.706 a 289.047 (19,1% de incremento).

Con respecto a **atención integral en VIH/SIDA**, las personas alcanzadas en control activo aumentan de 10.901 a 14.196 en los 4 años (30,2% de aumento). Quienes están en control sin tratamiento antirretroviral disminuyen de 3.119 a 2.934 (80,6% de disminución), en tanto quienes reciben tratamiento ARV aumentan de 7.782 a 11.262 (44,7% de incremento); estos valores están determinados por los cambios en la clasificación de caso de SIDA.

Con respecto a **atención integral en ITS**, la población de consultantes se mantiene prácticamente constante en el período de evaluación, siendo el incremento de 0,9% (15.974 a 16.121).

Con respecto a **capacitación y asesoría** la población de los servicios de salud alcanzada aumenta de 36 a 82 (128% de incremento), en tanto los profesionales de equipos de atención de VIH alcanzados disminuyen de 1.093 a 680 (37,8% de descenso) y los equipo de atención en ITS aumentan de 31 a 1.021 (más de 3000% de incremento).

Cabe hacer notar que estos valores absolutos deben ser contrastados con los porcentajes de cobertura en relación a la población objetivo.

3.2.3. Análisis de Cobertura

CUADRO 24
COBERTURA EN RELACIÓN A POBLACIÓN POTENCIAL
AÑOS 2006-2009

	Descripción de la población	2006			2007			2008			2009		
		Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.													
1.1. Campañas de Comunicación Social Educativa realizada	Población objetivo de la campañas de comunicación social	1.190.690	975.175	81,9	1.200.510	1.081.660	90,1	3.854.670	2.910.276	75,5	1.861.500	1.304.911	70,1
1.2. Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS	Población Vulnerable Prioritaria (HSH, población transgenero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas viviendo con VIH/SIDA)	190.851	31.527	16,5	181.011	8.675	4,7	207.010	28.879	14,0	182.182	2.838	1,6
	Población Vulnerable Emergente. Jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores.	8.861.486	44.205	0,5	8.935.686	48.752	0,5	9.009.884	10.332	0,1	9.084.085	15.132	0,2

		2006			2007			2008			2009		
	Descripción de la población	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura
1.3. <i>Consejería individuales en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes</i>	Nº Consejerías realizadas a beneficiarios del sector de salud público entre 15 y 49 años en red de establecimientos de los Servicios de Salud año t	8.861.486	126.285	1,4	8.935.686	185.214	2,1	9.009.884	190.311	2,1	9.084.085	222.675	2,5
	Nº Llamadas anuales atendidas por FONOSIDA año t 12 horas op diarias * 5 llamadas hora * 5 días * 50 semanas:	15.000	5.893	39,3	15.000	10.890	72,6	15.000	8.383	55,9	15.000	11.139	74,3
1.4. <i>Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de establecimientos de la red pública desarrollada juntar poblaciones e indicar objetivo de promoción</i>	Personas que viven con VIH en control en Establecimientos de la red de salud pública	26.096	10.901	41,8	26.923	11.848	40,0	28.148	12.681	45,1	29.007	14.196	48,9
	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	26.576	13.288	50	20.012	10.006	50	18.194	9.097	50	18.170	9.085	50
	Consultantes de ITS	5.873.345	15.974	0,27	5.994.701	14.929	0,24	6.290.537	15.425	0,24	6.491.007	16.121	0,24
	Población vulnerable focalizada Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con poblaciones vulnerables (HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el	4.019.394	109.563	2,7	4.082.396	241.779	5,9	4.145.398	235.968	5,7	4.208.399	171.883	4,1

		2006			2007			2008			2009		
	Descripción de la población	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura
	comercio sexual, organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y PVVIH). Jóvenes INJUV, Universidades y otros Centros de formación ONGs y otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS												
1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA	53	222	418	53	179	338	74	15	20	74	65	87,8
	Profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/municipal	142	409	288	142	428	301	162	352	217	162	87	53,7
	Personas de organizaciones de la sociedad civil (Prsonas viviendo con VIH, HSH, trabajadores sexuales) y personas privadas de libertad	Sin inf.	4.391	No calculable	Sin inf.	418	No calculable	Sin inf.	0	No calculable	Sin inf.	0	No calculable

		2006			2007			2008			2009		
	Descripción de la población	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada													
2.1. Atención integral para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	26.576	13.288	50	20.012	10.006	50	18.194	9.097	50	18.170	9.085	50
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección sífilis)	243.322	175.784	72,2	228.644	196.033	85,7	227.855	202.729	89	228.929	200.958	87,8
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección VIH)	243.322	175.784	72,2	228.644	196.033	85,7	227.855	202.729	89	228.929	200.958	87,8
	Donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH)	Sin inf	Sin inf	No calculable	Sin inf	242.706	No calculable	Sin inf	254.464	No calculable	Sin inf	289.047	No calculable
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	Personas que viven con VIH en control activo	37.279	10.901	29,2	37.919	11.848	31,2	38.559	12.681	32,9	39.199	14.196	36,2
	Personas que viven con VIH están en control activo SIN ARV		3.119			2.870			3.127			2.934	
	Personas que viven con VIH están en control activo con tratamiento ARV		7.782			8.978			9.554			11.262	

		2006			2007			2008			2009		
	Descripción de la población	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Potencial	Poblac. Alcanzada	% Cobertura
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa	Consultantes de ITS atendidos por especialista nivel secundario y Atenciones* en ITS por matrona o enfermera nivel de atención secundario (*atenciones consideran consultas, urgencias y consejerías)	5.873.345	15.974	0,27	5.994.701	14.929	0,24	6.290.537	15.425	0,24	6.491.007	16.121	0,24
2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizada	Servicios de Salud	28	36	129	28	82	292	29	0	0	29	147	507
	Profesionales de Equipos de Atención de VIH	56	1.093	1.952	56	972	1.796	56	0	0	58	680	1.172
	Profesionales de Equipos de Atención de ITS	56	31	55,4	56	26	46,4	56	130	232	58	1.021	1.760

Fuente: CONASIDA

CUADRO 25
COBERTURA EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN OBJETIVO
AÑOS 2006-2009

		2006			2007			2008			2009			
	Descripción de la población	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.														
1.1.Campañas de Comunicación Social Educativa realizada	Población objetivo de la campañas de comunicación social	1.190.690	975.175	81,9	1.200.510	1.081.660	90,1	3.854.670	2.910.276	75,5	1.861.500	1.304.911	70,1	
1.2.Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS	Población Vulnerable Prioritaria (HSH, población transgenero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas viviendo con VIH/SIDA)	136.587	31.527	23,1	136.505	8.675	6,4	159.616	28.879	18,1	141.284	2.838	2,0	
	Población Vulnerable Emergente Jovenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores.	8.861.486	5.873.345	66,3	8.935.686	5.994.701	67,1	9.009.884	6.290.537	69,8	9.084.085	6.491.007	71,5	
1.3. Consejería individuales en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los	Nº Consejerías realizadas a beneficiarios del sector de salud público entre 15 y 49 años en	5.873.345	126.285	2,1	5.994.701	185.214	3,1	6.290.537	190.311	3,0	6.491.007	222.675	3,4	

		2006			2007			2008			2009		
	Descripción de la población	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura
niveles correspondientes	red de establecimiento de Servicios de Salud año t												
	Nº Llamadas anuales atendidas por FONOSIDA año t 12 horas op diarias * 5 llamadas hora * 5 días * 50 semanas:	15.000	5.893	39,3	15.000	1.089	7,3	15.000	8.383	55,9	15.000	11.139	74,3
1.4. Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de establecimientos de la red pública desarrollada juntar pobalciones e indicar objetivo de promoción	Personas que viven con VIH en control en Establecimientos de la red de salud pública	10.901	10.901	100	11.848	11.848	100	12.681	12.681	100	14.196	14.196	100
	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	13.288	13.288	100	10.006	10.006	100	9.097	9.097	100	100	9.085	100
	Consultantes de ITS	15.974	15.974	100	14.929	14.929	100	15.425	15.425	100	16.121	16.121	100
	Población vulnerable focalizada Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con poblaciones vulnerables HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y	2.834.914	109.563	3,9	2.898.860	241.779	8,3	3.081.618	235.968	7,7	3.199.443	171.883	5,4

		2006			2007			2008			2009		
	Descripción de la población	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura
	PVVIH). Jóvenes INJUV, Universidades y otros Centros de formación ONGs y otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS												
1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA	53	222	418	53	179	338	74	15	20	74	65	87,8
	Profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/municipal	142	409	288	142	428	301	162	352	217	162	87	53,7
	Personas de organizaciones de la sociedad civil (Personas viviendo con VIH, HSH, trabajadores sexuales) y personas privadas de libertad	Sin inf	4.391	No calculable	Sin inf	418	No calculable	Sin inf	0	No calculable	Sin inf	0	No calculable
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada													

		2006			2007			2008			2009		
	Descripción de la población	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura
2.1. Atención integral para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	13.288	13.288	100	10.006	10.006	100	9.097	9.097	100	9.085	9.085	100
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección sífilis)	175.784	175.784	100	196.033	196.033	100	202.729	202.729	100	200.958	200.958	100
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección VIH)	175.784	175.784	100	196.033	196.033	100	202.729	202.729	100	200.958	200.958	100
	Donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH)	Sin inf	Sin Inf	No calculable	242.706	242.706	100	254.464	254.464	100	289.047	289.047	100
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	Personas que viven con VIH en control activo	10.901	10.901	100	11.848	11.848	100	12.681	12.681	100	14.196	14.196	100
	Personas que viven con VIH están en control activo SIN ARV		3.119			2.870			3.127			2.934	
	Personas que viven con VIH están en control activo con tratamiento ARV		7.782			8.978			9.554			11.262	
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa	Consultantes de ITS atendidos por especialista nivel secundario y atenciones* ITS por matrona o enfermera nivel atención secundario (consideran* consultas, urgencias y consejerías)	15.974	15.974	100	14.929	14.929	100	15.425	15.425	100	16.121	16.121	100
2.4. Capacitación y asesoría técnica en	Servicios de Salud	28	36	128	28	82	292	29	0	0	29	147	507

		2006			2007			2008			2009		
	Descripción de la población	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura	Poblac. Objetivo	Poblac. Alcanzada	% Cobertura
VIH/SIDA e ITS realizada	Profesionales de Equipos de Atención de VIH	56	1.093	1.952	56	972	1.736	56	Sin inf	No calculable	58	680	1.172
	Profesionales de Equipos de Atención de ITS	56	31	55,4	56	26	46,4	56	130	232	58	1021	1.760

Fuente: CONASIDA

El análisis de la cobertura¹⁵⁰ se realiza en función de los beneficiarios efectivos o población alcanzada¹⁵¹. Ello se muestra en el cuadro siguiente y permite caracterizar de la siguiente forma a los componentes y subcomponentes:

CUADRO 26
PORCENTAJE DE COBERTURA EN RELACIÓN A POBLACIÓN OBJETIVO
SEGÚN COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES
PROGRAMA VIH/SIDA E ITS
AÑOS 2006-2009

Componente y Subcomponente	Descripción de la población	PORCENTAJE DE COBERTURA EN RELACIÓN A POBLACIÓN OBJETIVO			
		2.006	2.007	2.008	2.009
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.					
1.1. <i>Campañas de Comunicación Social Educativa realizada</i>	Población objetivo de la campañas de comunicación social	81,9	90,1	75,5	70,1
1.2. <i>Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS</i>	Población Vulnerable Prioritaria (HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas viviendo con VIH/SIDA)	23,1	6,4	18,1	2,0
	Población Vulnerable Emergente: jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores.	0,8	0,8	0,2	0,2
1.3. <i>Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes</i>	Nº Consejerías realizadas a beneficiarios del sector de salud público entre 15 y 49 años en red de establecimientos de los Servicios de Salud año t	2,1	3,1	3,0	3,4
	Nº Llamadas anuales atendidas por FONOSIDA año t 12 horas op diarias * 5 llamadas hora * 5 días * 50 semanas:	39,3	7,3	55,9	74,3
1.4. <i>Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública desarrollada juntar poblaciones e indicar objetivo de promoción</i>	Personas que viven con VIH en control en establecimientos de la red de salud pública	100	100	100	100
	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	100	100	100	100
	Consultantes de ITS	100	100	100	100

¹⁵⁰ La cobertura se calcula, en general, con un numerador que corresponde a cifras reales efectivas que se generan de los registros de bajo control de los centros de atención y con denominadores obtenidos de estimaciones emanadas de programas estadísticos.

¹⁵¹ La cifra de población alcanzada en los problemas de salud en general y especialmente en VIH/SIDA, está influida por factores como: acceso al diagnóstico, acceso a control, acceso a tratamiento, éste último garantizado por GES. Por ello, si las personas no se han realizado el test de detección o habiéndose realizado el test no asisten a control, no son personas alcanzadas por cada uno de los servicios disponibles.

Componente y Subcomponente	Descripción de la población	PORCENTAJE DE COBERTURA EN RELACIÓN A POBLACIÓN OBJETIVO			
		2.006	2.007	2.008	2.009
	Población vulnerable focalizada Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con Poblaciones vulnerables (HSH, población transgénero, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y PVVIH). Jóvenes INJUV, Universidades y otros Centros de formación ONGs y otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS	3,9	8,3	7,7	5,4
1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA	418	338	20	87,8
	Profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/,municipal	288	301	217	53.7
	Personas de organizaciones de la sociedad civil (Personas viviendo con VIH, HSH, trabajadores sexuales) y personas privadas de libertad	Sin Inf.	Sin Inf.	Sin Inf.	Sin Inf.
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada					
2.1. Atención integral para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	100	100	100	100
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección sífilis)	100	100	100	100
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección VIH)	100	100	100	100
	Donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH)	Sin inf.	100	100	100
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	Personas que viven con VIH en control activo	100	100	100	100
	Personas que viven con VIH en control activo sin TARV ¹⁵²	100	100	100	100
	Personas que viven con VIH están en control activo con tratamiento ARV ¹⁵³	100	100	100	100
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo	Consultantes de ITS atendidos por especialista nivel secundario	100	100	100	100

¹⁵² Corresponde al 100% de quienes por protocolo no requieren TARV

¹⁵³ Corresponde al 100% de los pacientes en control que requieren TARV

Componente y Subcomponente	Descripción de la población	PORCENTAJE DE COBERTURA EN RELACIÓN A POBLACIÓN OBJETIVO			
		2.006	2.007	2.008	2.009
a modelo de atención y normativa					
2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizada	Servicios de Salud	128	292	0	507
	Profesionales de Equipos de Atención de VIH	1.952	1.736	Sin inf.	1.172
	Profesionales de Equipos de Atención de ITS	55.4	46.4	232	1.760

Fuente: CONASIDA

Cobertura en el componente de **prevención**.

El análisis de la cobertura muestra, para las **campañas de comunicación social educativa**, coberturas que varían entre un máximo de 90,1 y un mínimo de 70,1%, valores razonables a pesar de observarse un descenso de 14,4% en el período.

Los proyectos de prevención grupal-comunitaria en **población vulnerable prioritaria** presentan coberturas insatisfactorias que varían entre 23,1% en 2006 y 2% en 2009, (valores más altos los años 2006 y 2008 con 23.1% y 18.1%, respectivamente, y más bajos el 2007, con 6.4% y el 2009, con 2.0) con un descenso de 91,3% en el período. Los mismos, dirigidos a población vulnerable emergente varían entre 0,8% en 2006-2007 y 0,2% en 2008-2009 de cobertura, cifra muy insatisfactoria si se desea mantener controlada la epidemia.

Las **consejerías cara a cara** tienen baja cobertura (entre 2,1 y 3,4%), cifras insatisfactorias dada la importancia de este subcomponente para el apoyo de las personas a quienes se confirma su condición de VIH positivo en la etapa inicial --para aceptar el diagnóstico-- y luego para mantener la adherencia a las terapias, (consejería entre pares). La **consejería telefónica** a través de FONOSIDA/SALUD RESPONDE se incrementa en 89% (39.3% en 2006 a 74.3% en 2009) en el período, lo que se considera satisfactorio.

La **disponibilidad de condones** en el entorno clínico tiene cobertura de 100%. No sucede lo mismo en la disponibilidad de condones asociada a proyectos que tiene coberturas inferiores a 10% en el período, cifra no satisfactoria. En efecto, en relación a la entrega de preservativos a la población vulnerable focalizada¹⁵⁴, en el marco de proyectos de prevención desde las SEREMIS, la cifra oscila en el período, 2006: 3.9%; 2007: 8.3%; 2008: 7.7%; y 2009: 5.4%, porcentajes insatisfactorios.

¹⁵⁴ Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con poblaciones vulnerables (HSH, población trans género, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y PVVIH). Jóvenes INJUV, Universidades y otros Centros de formación ONGs y otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS. La disponibilidad de condones para esta población tiene un objetivo de carácter educativo sobre uso correcto del condón y la negociación sexual para su uso. Tiene como finalidad promover su uso en grupos sociales definidos como de mayor vulnerabilidad según las características epidemiológicas comunales, regionales y nacionales en VIH e ITS

La capacitación y asesoría técnica en prevención a personal de salud tiene coberturas variables, en general superiores a 100%, especialmente en los 2 primeros años en el componente de prevención, lo que se considera adecuado. Sin embargo, no se cuenta con información que permita calcular personas de organizaciones de la sociedad civil alcanzadas con esta actividad. En efecto, en relación con la capacitación y asesoría técnica se observa que en aquella destinada a personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA los dos primeros años alcanzan coberturas muy superiores a su población objetivo, desciende de manera muy importante en 2008 y se eleva en el último año (2006: 418%; 2007: 338%; 2008: 20%; y 2009: 87.8%). Algo similar se observa en la de profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno regional, provincial, y municipal (2006: 288%; 2007: 301%; 2008: 217%; y 2009: 53.0%). En relación con las personas de organizaciones de la sociedad civil (personas viviendo con VIH, HSH, trabajadores sexuales) y personas privadas de libertad, no se dispone de información. La tendencia al descenso es muy importante en este subcomponente especialmente hacia el término del periodo.

Cobertura en el componente de atención **integral**.

En el componente de atención integral, subcomponente de **detección y diagnóstico** se cubre al 100% de la población objetivo, lo que es claramente una fortaleza del programa, entre las personas que ejercen el comercio sexual y están en control, embarazadas ingresadas a control para detección de VIH y sífilis y donantes de sangre.

La cobertura de población alcanzada¹⁵⁵ en **atención integral a PVVIH** alcanza al 100% con respecto a la población objetivo en los 4 años de evaluación. Este porcentaje corresponde al 100% de las personas diagnosticadas (casos), las que ingresan a control de PVVIH y de las cuales --de acuerdo a su situación clínica evaluada según protocolo-- una proporción recibe tratamiento antirretroviral y otra no. Reciben TARV el 100% de quienes lo requieren y no reciben TARV el 100% de quienes no lo necesitan en ese momento. La cobertura en atención en ITS también alcanza al 100% de su población objetivo. Por las características del VIH/SIDA, el número de personas que requerirá terapias antirretrovirales se incrementará, porque a las ya existentes que se mantienen en control y con TARV, (que han incrementado su sobrevida debido a la efectividad de las terapias), se suman los nuevos casos diagnosticados y con necesidad terapéutica.

Por su parte, en **atención a personas con infecciones de transmisión sexual** la cobertura se mantiene en 100% en el periodo.

Para ambas condiciones, la cobertura 100% es una fortaleza del programa.

Con respecto a la **capacitación y asesoría técnica** en el componente de atención integral, las coberturas son superiores al 100%, (superando largamente las metas de capacitación) lo que se considera positivo por cuanto es una condición necesaria para asegurar una atención de calidad. En efecto, se observa que en aquella destinada a los Servicios de Salud alcanza coberturas superiores a su población objetivo mínima en los dos primeros años, en el tercer año se mantiene sólo para los equipos de atención de ITS y en el último, alcanza un nivel similar al segundo año (2006: 128%; 2007: 292%; 2008:

¹⁵⁵ La cifra de población alcanzada está influida por factores como: acceso al diagnóstico, acceso a control, acceso a tratamiento, éste último garantizado por GES. Por ello, si las personas no se han realizado el test de detección o habiéndose realizado el test no asisten a control, no son personas alcanzadas por cada uno de los servicios disponibles.

0%; y 2009: 507%). Aquella destinada a los profesionales de Equipos de Atención de VIH alcanza coberturas muy superiores a su población objetivo mínima en los dos primeros años, en el tercer año no se realiza y en el último, alcanza un nivel similar al segundo año (2006: 1.952%; 2007: 1.736%; 2008: 0%; y 2009: 1.172%). Por su parte, aquella destinada a los profesionales de Equipos de Atención de ITS alcanza coberturas inferiores a su población objetivo y tiene un incremento en el último año (2006: 55.4%; 2007: 46.4%; 2008: 232.00%; y 2009: 1.760%).

3.2.2. Focalización del Programa

La focalización definida por el programa es adecuada ya que se realiza sobre criterios de epidemiológicos y de vulnerabilidad específicos y claramente establecidos con rigurosidad y precisión. Con ello se llega a la población que requiere de los componentes del programa, lo que se considera una fortaleza del programa

Cabe destacar que, en el ámbito de la prevención de VIH e ITS, se produce focalización efectiva a través de la cual se estaría promoviendo la utilización de la mayor parte de los recursos en aquellos grupos y personas más vulnerables y con mayor dificultad para la gestión de riesgo, ello basado en la evidencia que aporta el documento que apoya la definición de focalización en el programa¹⁵⁶.

3.2.3. Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos

El programa ha encargado, a través del componente “Estudios” la realización de investigaciones que han explorado la satisfacción de PVVIH que son usuarios del sistema público de salud¹⁵⁷. También, en esta misma línea, se ha encargado un estudio que midió la calidad de vida en personas viviendo con VIH/SIDA¹⁵⁸. Ambos estudios han sido realizados con metodologías de investigación rigurosas y sus resultados se fundamentan con los análisis estadísticos apropiados.

En cuanto a la satisfacción usuaria, en su dimensión que evalúa la atención recibida por el equipo médico, ésta se muestra en el Cuadro siguiente

¹⁵⁶ Guía de Apoyo Técnico y metodológico para la Focalización de Iniciativas de Prevención en Poblaciones más Vulnerables al VIH y las ITS. CONASIDA. 2008

¹⁵⁷ Demoscópica: Estudios Sociales y de Opinión – Consumo y Mercado – Comunicaciones: “Estudio de satisfacción de usuarios de las personas viviendo con VIH/SIDA que se atienden en el sistema de salud pública”. 4 de septiembre de 2008

¹⁵⁸ GNOUS: Pensamiento y Sentido. “Calidad de vida de personas viviendo con VIH/SIDA, informe final de resultados”, 29 de enero de 2007.

CUADRO 27
EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Cómo evalúa ud?...	Muy bueno	Bueno	Ni bueno ni malo	Malo	Muy malo	NR	TOTAL
Trato dado por el médico en las consultas	57,5%	37,2%	3,6%	0,8%	0,7%	0,1%	100,0% n=741
Grado de participación que le permite el médico en las decisiones clínicas y sobre su tratamiento	42,2%	43,1%	10,3%	2,7%	0,8%	0,8%	100,0% n=728
Confianza entre el médico y usted	50,9%	37,0%	8,0%	2,7%	1,2%	0,3%	100,0% n=741
Preocupación del médico por la repercusión del tratamiento en su calidad de vida	53,6%	35,4%	7,5%	2,1%	0,8%	0,6%	100,0% n=720
Conocimientos e información que le entrega el médico sobre TARV y sus efectos secundarios	46,1%	38,2%	7,9%	5,3%	1,6%	0,9%	100,0% n=685

Dentro de la tendencia global a una evaluación altamente positiva de parte de las personas respecto a los médicos tratantes –en todos los ítems consultados, la suma de las respuestas “muy bueno” y “bueno” superan el 84%- se pueden ordenar los aspectos de la atención de los médicos desde los que generan mayor a los que generan menor satisfacción, utilizando la mencionada suma como indicador:

- Trato de los médicos (97,4%)
- Preocupación por la repercusión del tratamiento en la calidad de vida (89%)
- Confianza entre el médico y usted (87,9%)
- Grado de participación que le permite el médico en las decisiones clínicas y sobre su tratamiento (85,3%)
- Conocimientos e información que le entrega el médico sobre TARV y sus efectos secundarios (84,3%)

Cuando se evalúa la accesibilidad a tratamientos y exámenes, también se obtienen respuestas positivas, como se muestra en el siguiente Cuadro

CUADRO 28
Evaluación de acceso a tratamiento y exámenes

¿Cómo evalúa ud?...	Muy bueno	Bueno	Ni bueno ni malo	Malo	Muy malo	NR	TOTAL
Acceso a tratamiento antiretroviral (TARV)	48,8%	47,4%	2,5%	0,5%	0,7%	0,2%	100.0% n=601
Entrega oportuna de tratamiento antiretroviral (TARV) en la farmacia	53,1%	39,3%	3,5%	2,8%	1,0%	0,3%	100.0% n=601
Calidad de los medicamentos antiretrovirales que recibe	46,8%	44,6%	4,0%	1,3%	0,5%	2,8%	100.0% n=601
Acceso y entrega oportuna de tratamientos para enfermedades oportunistas	39,9%	47,2%	8,3%	2,1%	0,8%	1,7%	100.0% n=606
Realización oportuna de exámenes de carga viral	46,3%	47,8%	3,7%	1,1%	1,0%	0,1%	100.0% n=730
Realización oportuna de exámenes de CD4	45,3%	49,0%	3,4%	1,1%	0,7%	0,5%	100.0% n=731
(SOLO MUJERES) Entrega oportuna de leche maternizada en caso de haberla requerido	25,4%	27,1%	10,2%	3,4%	0,0%	33,9%	100.0% n=59

Como puede apreciarse, la satisfacción con los aspectos relacionados al tratamiento antiretroviral se ubica en niveles altos, superando aquélla registrada en la evaluación de los médicos tratantes. Exceptuando el aspecto relativo a la entrega oportuna de leche maternizada –que es evaluado sólo por mujeres y que registra un tercio de ellas que no responden- los niveles de respuesta bueno y muy bueno varían entre el 87,1 y el 92,6%.

Dentro de esta tendencia global a la evaluación, altamente positiva de parte de las personas respecto a los diversos aspectos de su tratamiento, se pueden ordenar dichos aspectos, desde los que generan mayor a los que generan menor satisfacción, utilizando la suma de respuestas “muy bueno” y “bueno” como indicador:

- Acceso a tratamiento antiretroviral (TARV) (96,2%)
- Realización oportuna de exámenes de CD4 (94,3%)
- Realización oportuna de exámenes de carga viral (94,1%)
- Entrega oportuna de tratamiento antiretroviral (TARV) en la farmacia (92,4%)
- Calidad de los medicamentos antiretrovirales que recibe (91,4%)
- Acceso y entrega oportuna de tratamientos para enfermedades oportunistas (87,1%)

La satisfacción global se muestra en el cuadro siguiente

CUADRO 29
NIVEL DE SATISFACCIÓN GLOBAL

Satisfacción global		
Grado de satisfacción	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy satisfecho	266	35,8
Satisfecho	363	48,8
Regularmente satisfecho	104	14,0
Insatisfecho	11	1,5
Muy insatisfecho	0	0,0
TOTAL	744	100,0

Estos niveles de satisfacción son favorables y tienen repercusión en el resultado de los tratamientos, al asociarse a la adherencia y cumplimiento de indicaciones.

Al analizar las dimensiones que producen diferencias estadísticamente significativas en los grados de satisfacción, el estudio muestra lo siguiente:

CUADRO 30
DIFERENCIAS EN EL GRADO DE SATISFACCIÓN
SEGÚN VARIABLES DE LAS PERSONAS

Grado de satisfacción	Diferencias entre segmentos
Muy satisfechos	Personas que están tomando tratamiento (38,6%) mayor que personas que no están tomando (23,8%) Personas que no se han sentido discriminadas (37,7%) mayor que personas que se han sentido discriminadas (13,6%)
Regularmente satisfechos	Grupo etario de 18 a 29 años (24,6%) mayor que grupos 30 a 39 años (12,8%) y 40 a 49 años (11,3%) Personas que participan en organizaciones de PVVIH (20,7%) mayor que personas que no participan (13,0%) Personas que no están tomando tratamiento (24,5%) mayor que personas que están tomando (11,5%) Personas que se han sentido discriminadas (37,3%) mayor que personas que no se han sentido discriminadas (11,8%)

Estas diferencias según segmentos constituyen insumos para el seguimiento del programa y permiten enfocar con mayor especificidad las eventuales modificaciones al mismo

Para estimar el nivel de conocimiento que las personas tienen sobre el GES en VIH/SIDA y las percepciones sobre el mismo, se consultó a los usuarios sobre un conjunto de afirmaciones relativas al conocimiento y percepción sobre las garantías y servicios que el GES otorgaba a las personas viviendo con VIH y que se atienden en el sistema público de salud.

El siguiente cuadro resume los resultados obtenidos y muestra la proporción de respuestas correctas frente a cada afirmación:

**CUADRO 31
RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE GES EN VIH/SIDA**

Afirmaciones	Respuestas correctas
El VIH/SIDA está incluido en las Garantías Explicitas de Salud (GES o Plan AUGE)	82,0%
El GES o AUGE garantizan el acceso a tratamiento antirretroviral si usted lo requiere	80,2%
El GES o AUGE garantizan el acceso a medicamentos para enfermedades oportunistas si usted los requiere	8,7%
El GES o AUGE garantizan el acceso a los exámenes CD4 y Carga Viral si usted lo requiere	82,4%
El GES o AUGE garantizan el acceso a leche maternizada a las mujeres viviendo con VIH que estén embarazadas	1,6%

En la información precedente destacan las siguientes tendencias generales:

- Aunque la proporción de respuestas correctas en 3 de las 5 afirmaciones supera el 80%, ello pudiera deberse no totalmente al conocimiento real de las garantías por parte de los usuarios, sino que, en alguna medida, al hecho de que la respuesta correcta, en esas tres afirmaciones, es “verdadero”. Esta influencia del enunciado se confirma ya que, precisamente las dos afirmaciones en que las respuestas correctas son bajas (8,7% para la garantía de acceso a medicamentos para enfermedades oportunistas) o casi inexistentes (1,6% para la garantía de acceso a leche maternizada) coinciden con aquéllas en que la respuesta correcta es “falso”
- La más alta proporción de “no respuesta” (63,0%) se verifica respecto de la garantía a leche maternizada, sin diferencias significativas por sexo (64,0% en hombres y 57,9% en mujeres). Las respuestas correctas y las incorrectas tampoco exhiben diferencias por sexo.
- La única afirmación en que las respuestas “falso” (51,7%) superan a las respuestas “verdadero” (36,7%) es, a la vez, la única que no mide conocimiento sobre garantías del GES/Auge, sino que se refiere a la percepción del nivel de información para las personas viviendo con VIH acerca de dichas garantías

La información muestra conocimiento sobre 80% en las dimensiones consultadas, y orienta al refuerzo en aquéllas áreas con bajo % de respuesta correcta. Esto esto es importante, porque las personas deberían conocer que el GES garantiza la oportunidad, calidad y protección financiera en VIH/SIDA.

El estudio de calidad de vida previamente mencionado¹⁵⁹ muestra entre sus resultados una asociación significativa entre el acceso a tratamientos antirretrovirales y mejor calidad de vida en todas sus dimensiones. De este modo la calidad de vida alcanzada en los pacientes tratados, contribuye a la evolución positiva de la satisfacción usuaria entre personas viviendo con el VIH, cubiertas por la terapia.

Un elemento indirecto, pero que agrega a la información de satisfacción usuaria es el dato obtenido de entrevistas en la Superintendencia de Salud, que señala que esta institución no registra reclamos de personas en tratamiento antirretroviral a través de GES (lo que sí ocurre en otras condiciones GES). Sin embargo, cabe agregar que la SIS no realiza fiscalización sistemática del cumplimiento de las garantías, por no contar con recurso humano fiscalizador suficiente para ello.

3.3. Desempeño del Programa a nivel de Fin

El programa ha tenido un buen desempeño a nivel de fin, pues a través del progreso de los indicadores de cumplimiento del propósito ha “contribuido a mantener y mejorar la salud de la población.

De acuerdo a la información epidemiológica nacional e internacional (que permite comparar con otros países) Chile presenta una situación de “Epidemia concentrada” en la cual están afectados grupos de poblaciones bien definidos. Asimismo, la epidemia es de baja incidencia del VIH/SIDA y la magnitud de los incrementos de la incidencia de VIH y de SIDA presentan una tendencia a la disminución.

El hecho epidemiológico más importante es la tendencia clara a la disminución de la mortalidad, con un aumento de la sobrevida y de la calidad de vida de las personas en tratamiento antirretroviral (aumento de 85% en 2005 a 91,2% en 2008 de la sobrevida a 3 años de seguimiento) y, en el mismo período, con una disminución de las infecciones oportunistas de 8% a 3%.

¹⁵⁹ GNOUS Pensamiento y Sentido. Calidad de vida en personas viviendo con VIH/SIDA. 29 de enero 2007

4.- RECURSOS FINANCIEROS

4.1. Fuentes y Uso de Recursos Financieros¹⁶⁰

Las fuentes de financiamiento del Programa, ver cuadro siguiente, son de Asignación específica (Subsecretaría de Salud Pública-CONASIDA) asignación Institución responsable (Subsecretaría de Salud Pública, para gastos asociados a ítem 21), así como también, hay aportes presupuestarios de otras instituciones sectoriales, en particular, corresponde a las transferencias provenientes de FONASA¹⁶¹. Para la elaboración del cuadro se utilizó, el presupuesto inicial de las instituciones involucradas. Para el año 2010 el total de recursos presupuestados corresponde a 13.410 millones de pesos y el año 2009 el Programa contó con 17.158 millones de pesos. Durante el período comprendido entre el año 2006-2009, se observa una variación negativa del 42,9%.

CUADRO 32
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA 2006-2010
(MILES DE \$ 2010)

Fuentes de Financiamientos	2006		2007		2008		2009		2010		Var 2006-2009 %
	Monto	%									
1. Presupuestarias											
1.1 Asignación Específica al Programa	974.228	4,1	966.133	3,2	956.069	4,6	889.455	5,2	890.414	6,6	-8,6
1.2 Asig. Institución Responsable (ítem 21, 22 y 29)	220.584	0,9	259.623	0,9	539.969	2,6	548.914	3,2	540.802	4,0	145,2
1.3 Aporte en presupuesto otras Inst. Públicas	22.376.551	94,9	29.128.793	96,0	19.515.056	92,9	15.719.716	91,6	12.022.505	89,4	-46,3
2. Extra presupuestarias											
2.1 otras fuentes, sector privado aportes benef., org. Internacionales, etc.											
Total	23.571.363	100	30.354.549	100	21.011.094	100	17.158.085	100	13.453.721	100	-42,9

Fuente: CONASIDA-Sistema de información para la gestión financiera del estado – SIGFE-FONASA. Se utiliza el presupuesto inicial

¹⁶⁰ Asignación específica al Programa es aquella que se realiza con cargo al presupuesto asignado a la institución responsable mediante la Ley de Presupuestos del Sector Público.

Asignación Institución responsable; son los recursos financieros aportados al Programa por la Institución responsable del mismo y que están consignados en la Ley de Presupuestos en el ítem 21, gastos en personal, 22 gastos en bienes y servicios de consumos, 29 adquisición de activos no financieros y otros, del presupuesto de la institución responsable respectiva.

¹⁶¹ Las transferencias son destinadas a medicamentos ARV, exámenes y medicamentos especiales para el tratamiento de enfermedades oportunistas en niños y adultos, así como en detección VIH embarazadas.

Al examinar los montos con respecto a las fuentes de financiamiento, cabe señalar que hay fuentes para las cuales no se contó con información, como es el financiamiento para el caso de los establecimientos de los Servicios de Salud, en lo que respecta a la detección (sucomponente 2.1) y atención integral VIH e ITS, (subcomponentes 2.2 y 2.3, respectivamente)..

Se aprecia que la asignación específica al Programa CONASIDA se reduce para el período 2006-2009 en un 8,6%, manteniendo relativamente estable su participación en el presupuesto respecto de las otras fuentes entre 3% y 6%. Esta disminución se debe a que entre el año 2008 y 2009 se produce una disminución del presupuesto destinado a la Respuesta Regional Integrada de Prevención (RIPP) que desarrollan las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, por la modificación de la metodología de asignación presupuestaria al interior de la propia Subsecretaría de Salud Pública¹⁶². Para CONASIDA, lo anterior se traduce en una disminución de presupuesto destinado a la RIPP, no disponibilidad de recursos financieros propios para prevención ya que éstos se definen y priorizan a nivel regional para posteriormente ser evaluados y aprobados por el nivel central, proceso en el cual CONASIDA abordó aspectos técnicos de las propuestas y no presupuestarios. Por tanto, si bien el Programa CONASIDA reduce sus recursos por este concepto a nivel del Programa también se produce una reducción de recursos por este concepto, que se refleja en el monto de recursos que se destinaron a proyectos de prevención grupal en el año 2008. La asignación de la Subsecretaría de Salud Pública se incrementa para igual período en un 145%, pasando de 220 millones en 2006 a 540 millones de pesos el año 2010, montos que representan en términos porcentuales el 1% y 4% del total de las fuentes de financiamiento para ambos años, respectivamente. Es posible señalar que el incremento del presupuesto entre el año 2007 y 2008 de 259 millones a 539 millones de pesos, se debe fundamentalmente a la incorporación de 16 nuevos cargos de profesionales (Subtítulo 21) para trabajar en el programa en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, los cuales fueron solicitados como proyecto de expansión presupuestaria y, por tanto, se mantienen para el resto de años del período considerado.

Asimismo, entre 2008 y 2009 se ve incrementado nuevamente en el Subtítulo 21, tanto por los tres profesionales que se incorporan a fines del año 2008 como por la contratación de una profesional Químico Farmacéutico para el área de atención integral y una profesional matrona a cargo del tema de Infecciones de Transmisión Sexual, ambas contratadas hasta mediados del año 2008 a través del proyecto del Fondo Global. Por otra parte, se dispuso de un presupuesto extra para la implementación del Plan de 90 Días¹⁶³, el cual no estaba considerado en el presupuesto originalmente asignado en el marco de la Ley de Presupuesto para dicho año.

Es relevante señalar que el Programa contó con el aporte de recursos provenientes del Fondo Global para la Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el SIDA hasta el año 2007. Estos fondos fueron destinados en una mayor proporción a los componentes de prevención y de estudios. Sin embargo, estos recursos no se encuentran incorporados en el cuadro¹⁶⁴ y los

¹⁶² "Hasta el año 2008, el Programa transfería los recursos financieros a cada SEREMI de Salud para el desarrollo de la RRIP. Desde el año 2009, cada Autoridad Sanitaria prioriza los problemas de salud regionales y su financiamiento, elabora un Plan de Salud Pública¹⁶² que es negociado con el nivel central de la Subsecretaría de Salud Pública."

¹⁶³ Medida 8: Reforzamiento y Consolidación de la Consejería y Desarrollo de Nuevos Procedimientos en el Acceso y Seguimiento en el Diagnóstico de Infección por VIH. Plan de Acción para el Fortalecimiento de la Gestión en Salud: Plan de 90 días". Ministerio de Salud. Diciembre de 2008

¹⁶⁴ No fue posible obtener a nivel desagregado esa información por parte de la Institución, dado que dicha información debía ser proporcionada por la Entidad administradora de los recursos que no era el MINSAL.

recursos no eran transferidos a CONASIDA, sino que se administraban por la institución a cargo del fondo.

Por otra parte, los aportes provenientes del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que corresponden a los recursos contemplados en la apertura inicial de la ley de presupuestos de cada año, son de \$12.022 millones para el año 2010. Entre los años 2006-2010 dicha cantidad de recursos experimentó una reducción del 46%. Su importancia en términos porcentuales, con respecto a las otras fuentes, se mantiene estable en torno al 93% para los años considerados. Los mayores aportes en términos de recursos se obtienen a través de FONASA lo que se muestra en el cuadro que se presenta a continuación donde se observa la evolución de los recursos correspondientes al presupuesto inicial, al presupuesto final y a la transferencia real al programa.

CUADRO 33
FONASA
PRESUPUESTO PROGRAMA VIH-SIDA
EN MILLONES DE PESOS DEL 2010

Año	Presupuesto Inicial	Presupuesto Final	Transferencia Real	Diferencia Presupuesto Final - Transferencia real
2006	22.377	13.227	13.227	0
2007	29.129	12.074	11.440	-634
2008	19.515	8.361	8.294	-67
2009	15.720	17.998	17.514	-484
2010	12.023	17.514	13.623	-3.891
Variación 2006-2010	-46%	32%	3%	

Fuente: FONASA

La diferencia entre el presupuesto inicial y final se debe, fundamentalmente, a que la estimación se realiza sobre el presupuesto histórico, así como también, al hecho que el cierre del convenio con el PNUD para la compra de medicamentos del programa, implicó la existencia de un sobre stock a partir del año 2006. El efecto de este último elemento se aprecia mejor en la evolución del presupuesto final.

Gasto Total del Programa

Para determinar el gasto total del Programa sólo fue posible contar con información proveniente de CONASIDA y FONASA, faltando la información de las otras instituciones participantes del mismo, como es el caso de los establecimientos salud-Subsecretaría de Redes. Por tanto, hay una subestimación del gasto del programa al considerar únicamente las dos fuentes mencionadas. Sin embargo, fue posible estimar el gasto de los Establecimientos de Salud con respecto al programa y dicha información se incluye en el análisis de gastos por subcomponente y en la construcción de los indicadores de gasto promedio por unidad de producto y gasto promedio por beneficiarios que corresponde al punto de eficiencia. Para el resto de las secciones tratadas se trabaja con el gasto de CONASIDA y FONASA.

Al examinar la evolución del gasto del Programa (CONASIDA-FONASA), ver cuadro siguiente, durante el año 2006 alcanzó a 14.236 millones de pesos, y para el año 2009 llegó 19.222 millones de pesos, lo que representa un incremento de 35% entre 2006-2009. Esto se explica, fundamentalmente, por el fuerte incremento, de 32%, que experimentó el gasto de FONASA y el 69% correspondiente a los gastos de CONASIDA.

En el caso de CONASIDA (Subsecretaría de Salud Pública) si bien entre los años 2006-2008 el gasto se mantiene estable en torno a los \$1,100 millones aproximadamente, entre los años 2008-2009 se aprecia un salto significativo del gasto. El incremento del gasto para estos años se debe, como se señaló anteriormente, básicamente al incremento del Subtítulo 21 (RRHH) y Plan de 90 Días, y no sólo al saldo inicial de caja. (el saldo inicial de caja corresponde a campañas de comunicación social implementadas en diciembre del 2008, cuyo pago se realizó durante el año 2009). En el caso del Plan de 90 días, fueron recursos que no estaban inicialmente contemplados en el presupuesto y permitieron apoyar temas críticos identificados a partir del problema de la no información a pacientes de algunos casos de personas seropositivas confirmadas por el ISP en el período 2006 hasta-agosto del 2008 y no informadas de su situación.

CUADRO 34
GASTO TOTAL DEL PROGRAMA 2006-2009¹⁶⁵
(MILES DE \$ 2010)

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto (CONASIDA)	Gastos Devengado (FONASA)	Total Gasto del Programa	CONASIDA / GT	FONASA / GT
2006	1.009.360	13.226.680	14.236.040	7% 9% 12% 9%	93% 91% 88% 91%
2007	1.163.291	11.440.499	12.603.790		
2008	1.101.868	8.293.503	9.395.371		
2009	1.708.653	17.514.080	19.222.733		
2006-2009	69%	32%	35%	Promedio 9%	Promedio 91%

Fuente: Sistema de información para la gestión financiera del estado.

NOTA 1: Las Fuentes de Financiamiento corresponden a Subsecretaría de Salud Pública y FONASA.

NOTA 2: Año 2009 incorpora gastos realizados con Saldo Inicial de Caja para pago campaña y preservativos año 2008.

La evolución de los gastos en el caso de FONASA, muestra una caída entre los años 2006-2008 de 37%, cuya explicación se expone a continuación:

- El año 2006 es el primer año en que FONASA comienza a comprar medicamentos directamente a través de CENABAST, ya que hasta el año 2005 la compra se hacía vía PNUD, y FONASA transfería recursos a dicho organismo. El cambio de mecanismo de compra implicó que los medicamentos que se usaron el primer semestre del año 2006, se compraron el segundo semestre del 2005 a través de PNUD para ser pagados con presupuesto 2006. Sin embargo, dado que el convenio PNUD-MINSAL se terminó en diciembre de ese año, FONASA debió pagar dichos medicamentos con presupuesto 2005.

¹⁶⁵ Es pertinente señalar, que para la confección del cuadro de gasto por componente no se encuentran considerados los gastos asociados tanto al VIH/SIDA como a las ITS en los que incurren los establecimientos de los Servicios de Salud (red de atención). Así como tampoco los recursos del Fondo Global.

- La disminución del gasto devengado del año 2006 con respecto al gasto devengado de FONASA el año 2005 (no incluido en el cuadro) se debe, adicionalmente a lo señalado en el párrafo precedente, a que existió un cambio en el manejo de stock, ya que MINSAL-PNUD trabajaron con el concepto de un stock crítico adicional, constatándose en el año 2006 una gran cantidad de existencias, que implicó una contracción de gastos para no seguir generando un sobre stock y utilizar el almacenamiento existente. Se estima que para el año 2006 existía, al menos, stock para un año y medio. Por tanto, el gasto asociado fue menor, situación que explica lo acontecido para el 2006 y 2007. Adicionalmente, a partir del año 2006 se incorpora progresivamente la compra de ARV bioequivalentes (genéricos) y dicho año disminuye el valor de dólar, todo lo cual se suma a los factores que incidieron en la disminución del gasto. En el año 2008, se habían agotado los stocks y el presupuesto asignado fue disminuido en el monto equivalente al menor gasto devengado de los años anteriores (2006-2007) en que se usa stock crítico disponible.
- Asimismo, en el año 2008 el gasto devengado fue menor debido a que el pago de las facturas emitidas por Cenabast a los Servicios de Salud por concepto de medicamentos distribuidos a sus establecimientos (y es de obligación de los Servicios) no fue oportuno ni ajustado al periodo presupuestario. El proceso de facturación requiere que los medicamentos sean recepcionados por parte de los Servicios y recibidos en conformidad. Posteriormente, los pagos centralizados generados a través de mandatos emitidos por los Directores de Servicios de Salud, llegan con lentitud o incluso al cierre del año en curso.
- A comienzos del 2009 FONASA, en conjunto con CENABAST, sistematizan de forma periódica la información y, por tanto, la facturación de CENABAST es más constante y mayor, sumado al hecho que también los mandatos comienzan a llegar de forma más oportuna. Todo ello hace que el gasto devengado por FONASA suba consistentemente por un mejoramiento en la gestión de facturación y pago y no porque cambien considerablemente los niveles de consumo.

Finalmente, la importancia relativa del gasto devengado de CONASIDA con respecto al gasto total devengado del Programa se mantiene estable en torno al 9%. En el caso de las transferencias destinadas a la producción, fundamentalmente del componente 2, corresponden al 91% del total de recursos involucrados.

Desglose del Gasto según Subtítulos.

Con respecto al desglose del gasto del Programa, ver cuadro siguiente, se aprecia que el ítem “transferencia” es el desembolso más relevante del programa, concentrando cerca del 91%. Este corresponde a financiamiento de reactivos para Test de Elisa para diagnóstico de VIH en embarazadas, medicamentos ARV, exámenes (cargas virales, linfocitos y genotipos) y medicamentos para tratamiento de enfermedades oportunistas en niños y adultos.

El segundo en importancia corresponde a “Bienes y Servicios de Consumo” destinado, fundamentalmente, a la producción del componente 1. En esta glosa se gasta en términos porcentuales durante el período el 7% en promedio de los recursos; experimentó una variación de 34% entre los años 2006-2009, pasando de \$914 millones a \$1.226 millones de pesos en el período, incremento que se debió, fundamentalmente, a que parte del gasto de la campaña 2008 se pagó el año 2009.

Con respecto al gasto en Personal, se destinó \$94 millones de pesos en el año 2006 y \$445 millones en el año 2009, lo que equivale a un incremento de 371% entre esos años. Este incremento se debe básicamente a la incorporación de los 16 cargos profesionales para las

SEREMIS de Salud y a los RRHH que se suman al nivel central. Este gasto representa, en términos porcentuales, el 2% en promedio del total de recursos del Programa.

**CUADRO 35
DESGLOSE DEL GASTO DEVENGADO¹⁶⁶ EN PERSONAL,
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO, INVERSIÓN Y OTROS 2006-2009 (MILES DE
\$ 2010): (CONASIDA, FONASA)**

	2006		2007		2008		2009		Variación	Promedio %
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%		
1. Personal	94.558	1	138.871	1	305.730	3	445.823	2	371	2
2. Bs y Serv. de Consumo	914.800	6	1.024.420	8	752.068	8	1.226.437	6	34	7
3. Inversión	0	0	0	0	44.071	0	9.451	0	-79	0
4.1 Otros (identificar)	0	0	0	0	0	0	26.943	0		0
4.2 Transferencias-FOnASA]	13.226.680	93	11.440.499	91	8.293.503	88	17.514.080	91	32	91
Total Gasto Devengado	14.236.038	100	12.603.790	100	9.395.372	100	19.222.734	100	35	

Fuente: CONASIDA-Sistema de información para la gestión financiera del estado – SIGFE-FONASA

Gasto por Componente y Subcomponente.

Es pertinente señalar que para la confección del cuadro de gasto por componente no se contaba con los gastos asociados al VIH/SIDA y a las ITS en los que incurren los establecimientos de los Servicios de Salud (red de atención), tal como se mencionó al inicio de la sección, así como tampoco de los recursos del Fondo Global (destinados a Prevención y Estudios).

Por tal motivo se realizó una estimación con respecto al gasto de los Servicios de Salud, ya que en el caso de los establecimientos de los Servicios de Salud según la Subsecretaría de Redes Asistenciales, institución responsable, no es posible catastrar de forma precisa dichos gastos correspondientes al ámbito de la atención de pacientes; el financiamiento de los establecimientos de los Servicios de Salud, se compone de transferencias provenientes de los Programas de Atención Primaria, de Prestaciones Valoradas y de Prestaciones Institucionales, lo que corresponde casi al 90% de la estructura de sus ingresos. Además, existen algunas fuentes adicionales que provienen tanto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales como de la Subsecretaría de Salud Pública).

Con respecto a las estimaciones realizadas, éstas se detallan a continuación según componente y subcomponente:

Componente 1:

Subcomponente 1.3.

- Actividades de consejería individual, estimación realizada a nivel país en VIH/SIDA.

Componente 2:

¹⁶⁶ Corresponde al gasto con cargo a los recursos consignados en 1.1. y 1.2. del cuadro “Fuentes de Financiamiento del Programa”.

Subcomponente 2.1:

- Examen de detección VIH en: embarazadas, personas que ejercen el comercio sexual y están en control de salud sexual y consultantes de ITS.
- Examen de detección de sífilis en: embarazadas, personas que ejercen el comercio sexual y están en control de salud sexual y consultantes de ITS.
- Examen de detección VIH en donantes de sangre.
- Examen de detección sífilis en donantes de sangre.
- Controles de Salud Sexual realizadas por médico y matrona o enfermera en establecimientos de nivel secundario de atención.

Subcomponente 2.2:

- Consultas médicas por VIH pacientes sin TARV (promedio 3 consultas anuales)
- Consultas Médicas por VIH pacientes con TARV (promedio 6 consultas anuales)
- Consultas Enfermera/Matrona, pacientes sin TARV (promedio 3 consultas anuales)
- Consulta enfermera/matrona, pacientes con TARV (promedio 6 consultas anuales)

Subcomponente 2.3:

- Consultas por ITS en nivel secundario de atención por médico
- Atenciones* en ITS por matrona o enfermera nivel de atención secundario (*atenciones consideran consultas, urgencias y consejerías)

Subcomponente 2.4:

La capacitación consiste en:

- Talleres Nacionales con participación de equipos de SEREMIS, Servicios de Salud y equipos de atención de PVVIH y de Unidades de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS)
- Programa de pasantías en Centros de Atención de VIH/SIDA o UNACESS para profesionales no especialistas. El año 2009, este Programa fue parte de los “Programas Centrales de Formación, Perfeccionamiento y Capacitación 2009”, a cargo del Departamento de Formación y Capacitación de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

De esta forma, se construye el cuadro que se presenta a continuación y que da cuenta de la evolución del gasto del Programa, incorporando la información inicial de CONASIDA y FONASA, en conjunto con las estimaciones realizadas.

CUADRO 35.1
GASTO ESTIMADO DEVENGADO TOTAL¹⁶⁷
POR COMPONENTE Y SUBCOMPONENTE, 2006-2009
(MILES DE \$ 2010)

Comp	Subcomponentes	2006	2007	2008	2009	Var 2006- 2009 %
1.- Estrategia de Prevención		909.581	1.086.540	732.082	1.215.102	34%
1.1	Camp. Comunicación	476.651	461.077	123.587	709.295	49%
1.2	Proy. Prev grupal	261.807	267.159	297.209	140.791	-46%
1.3	Consejería Individual Sólo corresponde a cara car-RM)	41.390	34.285	55.703	s/i	35%
	Consejería Individual (Estimado nacional)	125.698	182.873	180.689	221.495	76%
1.4	Disp. Condones	4.035	139.428	74.894	143.521	3%
1.5	Capac. Y Asesoría Téc.	0	1.718	0	0	
2. Atención Integral		15.420.702	15.206.721	11.400.995	21.164.774	37%
2.1	A. C. Detección y Diagnóstico VIH-Sífilis. Establecimientos de Servicios Salud	1.411.322 ¹⁶⁸	2.988.592	2.294.868	2.622.250	86%
2.1	A. C. Detección VIH –FONASA (embarazadas)					
	415.705	465.619	319.789	353.910	-15%	
	Controles de Salud Sexual realizadas por matrona o enfermera en establecimientos de nivel secundario de atención	26.498	24.231	26.498	19.832	-25%
	Manual de Procedimientos y Sistema Registro Único				63.160	
2.2	A. Integral PV-VIH/SIDA-FONASA (medicamentos ARV, Exámenes (cargas virales, linfocitos y genotipos) y medicamentos especiales para tratamiento enfermedades oportunistas en niños y adultos).	12.810.975	10.974.880	7.973.714	17.160.170	34%
	Atención integral PVVIH en Establecimientos-Servicios de Salud CON TARV (Médico y Mat./Enf.) / 6 consultas anuales c/u	330.792	378.354	386.304	475.984	44%
	Atención integral PVVIH en Establecimientos-Servicios de Salud SIN TARV (Médico y Mat./enf.) / 3 consultas anuales c/u	66.290	60.474	63.218	62.002	-6%
2.3	A Integral Personas consultantes de ITS en Establecimientos- Servicios de Salud (Medico y matrona consultas promedio p/paciente)	359.120	314.571	326.098	322.713	-10%
2.4	Capacitación y Ases. Tec. en VIH/SIDA- Plan 90 días, Nivel Central CONASIDA	0	0	10.506	82.821	
2.4	Capacit. y Ases. Tec. en VIH/SIDA- Programa Formación y Capacitación 2009, Subsecretaría Redes Asistenciales	0	0	0	84.753	
3. Vigilancia Epidemiológico y Estudios						
3.1	Seguimiento Epidemiológico					
3.2	Estudios en VIH/SIDA e ITS					

¹⁶⁷ Incluye el gasto devengado y/o identificado de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Servicios de Salud y FONASA

¹⁶⁸ No se incluye exámenes de detección de VIH y sífilis en donantes de sangre ya que no se contaba con el dato.

Comp	Subcomponentes	2006	2007	2008	2009	Var 2006- 2009 %
4 Estrategias de Cooperación						
4.1 Acuerdos de Cooperación						
Gastos administración (Considera gasto operacional nivel central y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud)		126.025	120.752	234.239 ¹⁶⁹	123.392	2%
Otros gastos de Administración (Considera gasto operacional nivel central y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud)		4.873				
Recurso Humano no distribuido por componente (Considera RRHH CONASIDA, FONOSIDA y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud)		94.558	138.871	305.730	445.823	371%
Total		16.555.739	16.552.884	12.673.046	23.031.911	39%
<i>Gasto Total sin considerar estimaciones (corresponde a gasto de la Subsecretaría de Salud Pública y FONASA)</i>		14.236.040	12.603.790	9.359.371	19.222.733	35%

Fuente: CONASIDA-Sistema de información para la gestión financiera del estado – SIGFE-FONASA

A partir del cuadro anterior, es posible señalar:

Componente 1: Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.

- En el caso del Subcomponente 1.1. **campañas de comunicación**, el gasto se mantiene estable, salvo para el año 2008, donde la campaña en medios de comunicación social se pagó durante el año 2009 por eso la cifra crece significativamente.
- En el caso del Subcomponente 1.2. **proyectos de prevención grupal**, se aprecia una disminución de 46% en el periodo, determinado como ya se dijo por el cambio en la metodología de distribución de recursos financieros en la Subsecretaría de Salud Pública. Tal como mencionó, hasta el año 2008, el Programa transfería los recursos financieros a cada SEREMI de Salud para el desarrollo de la RRIP. Desde el año 2009, cada Autoridad Sanitaria prioriza los problemas de salud regionales y su financiamiento, elabora un Plan de Salud Pública que es negociado con el nivel central de la Subsecretaría de Salud Pública.
- Para el Subcomponente 1.3. **consejería individual cara a cara y telefónica** (FONOSIDA) el gasto corresponde a recursos del presupuesto transferido a la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI) de la Región Metropolitana para la implementación del Centro de Detección y Consejería, y por tanto, no refleja todo el gasto de este subcomponente. Junto con lo anterior, en el caso del Fonosida los recursos humanos se encuentran considerados en el ítem Personal, y no se han distribuidos por subcomponente, por tanto el gasto asociado al subcomponente estaría subestimando el gasto efectivo en este caso. Al considerar el estimado nacional, este se incrementa un 76%.
- El Subcomponente 1.4. referido a **disponibilidad de condones**, en el año 2006 la compra se realiza con recursos nacionales¹⁷⁰. El monto devengado corresponde a parte de la compra realizada con fondos de ese año, que por los tiempos involucrados en los procesos de compra y facturación fue pagada en el año 2007. Si consideramos el periodo 2007-2009 se aprecia un incremento del 3%. En este componente también se aprecia una

¹⁶⁹ Considera inversiones y gasto inicial por 16 nuevos cargos profesionales en SEREMIS de Salud y cargos del Nivel Central

¹⁷⁰ El Programa también se abastecía de condones con recursos provenientes del Fondo Global.

oscilación en el gasto, esto se debe a que existe una brecha temporal entre la distribución y el pago de los condones. Es frecuente que los pedidos del año, sólo se reciba una parte (durante ese año), y lo restante el año siguiente, situación que también ocurre en el año 2008.

- En el caso del Subcomponente 1.5. de **capacitación y asesoría técnica** en VIH/SIDA e ITS se aprecia que sólo en el año 2008 se disponen de recursos nacionales para dicha acciones, durante el 2006-2007 ésta se realizó con recursos provenientes del Proyecto financiado por el Fondo Global. Los beneficiarios de los años 2008 y 2009 corresponden a capacitación realizada por CONASIDA (2008) y SEREMIS de Salud con presupuesto de los proyectos de prevención grupal, en el marco de la estrategia de trabajo intersectorial.

Componente 2: Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada.

- El subcomponente 2.1 corresponde a recursos que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) transfiere a los Servicios de Salud para reactivos para realizar el test de Elisa en embarazadas, dicho gasto se reduce un 15%. Por otra parte cuando analizamos el gasto de este para los Establecimientos de Salud en los ámbitos de de detección y diagnóstico, éste crece un 86%.
- El subcomponente 2.2 son recursos FONASA que se utilizan en medicamentos antiretrovirales, exámenes: carga viral, linfocitos y genotipos, y medicamentos para enfermedades oportunistas en adultos y niños, el cual se incrementa un 34%. En el caso de considerar la estimación del gasto para el caso de los recursos utilizados por los establecimientos de salud en pacientes con TARV este se incremento un 44% para el período. En el caso de la estimación en Establecimientos de Salud sin TARV se reduce un 6%.
- En el caso del componente 3 y 4, no aparecen con recursos utilizados, esto se debe a que en el caso del subcomponente 3.2 estudios, estos se financiaron con recursos del Fondo Global, al igual que el caso de la Cooperación, y actualmente el no existe un presupuesto asignado para estos efectos.

Al final del cuadro presentado, se aprecia el gasto total considerando únicamente CONASIDA y FONASA, a partir del cual se aprecian las diferencias cuando se considera la estimación del gasto asociado a los recursos utilizados por los establecimientos de los Servicios de Salud al Programa.

A partir de lo anterior, se aprecia que el gasto total que resulta de utilizar la información existente proporcionada por CONASIDA y FONASA, junto con el gasto estimado para algunos subcomponentes, da que para el año 2009 éste fue de \$23,031 millones de pesos, con un monto promedio de \$17.000 millones de pesos para el período y una variación porcentual del 39%. Será por tanto, este gasto estimado el que se utilizará para la sección de análisis de eficiencia del Programa, lo anterior, porque se contará con mayor información para el cálculo de ratios gasto promedio por unidad de producto y gasto promedio por beneficiario.

4.2. Eficiencia del Programa.

4.2.1. Análisis de eficiencia actividades y/o componentes

Gasto Promedio por Unidad de Producto:

- En el caso de **campañas**, el monto promedio anual se mantiene en torno a los 450 millones aproximadamente. Para el año 2008 el valor del indicador baja para posteriormente incrementarse el 2009. Lo anterior, se debe a que el pago de la campaña del 2008 se realizó durante año 2009. Finalmente, si bien el indicador se incrementa en un 49% respecto a 2006, este incremento no es real por el efecto del pago de la campaña 2008 en 2009. Por tanto, el costo unitario de las campañas se considera adecuado.
- Para **proyectos de prevención grupal** se aprecia una reducción en el número, y el monto promedio por proyecto se incrementa un 18%, lo cual se considera una trayectoria negativa para dicho indicador.
- Respecto de **consejería**, que incluye el estimado a nivel nacional y de la Región Metropolitana, se observa una reducción en el gasto por consulta realizada, en este caso la unidad de producción es número de consejerías realizadas. El indicador muestra una reducción favorable del 25%.
- En el caso de **condones** distribuidos el gasto promedio, por condón distribuido, se incrementó un 36% considerando sólo el periodo 2007-2009. El año 2006 si bien existió presupuesto para su adquisición, se pagó al año siguiente. Por tanto, todos estos desfases redundan en una sub o sobre estimación del gasto promedio por unidad de producto, dependiendo el año. Por tanto, en términos de eficiencia no es posible precisar un mejoramiento de ésta en este caso.
- El Subcomponente de **detección** (donde se agrega detección y diagnóstico de FONASA y Establecimiento de Servicios de Salud) el ratio se obtiene en relación a número de exámenes. Este presenta una reducción del 26% para el período. En el caso de control de salud sexual, el gasto unitario se mantiene, pero hay una reducción en el número de controles. Por tanto, se considera un desempeño favorable para este indicador.
- En el caso de **atención integral a pacientes VIH con TARV** (que considera el gasto en atención y compra de medicamentos), el gasto en promedio se ha reducido en el período un 7%. Si bien los años 2007-2008 se muestra un nivel más bajo para el indicador, existe un problema con respecto a que el gasto devengado no da cuenta del consumo debido a problemas de gestión en los procesos de facturación y pago, y por tanto, la reducción que se aprecia con respecto al año 2006 no se debe a un mejoramiento en eficiencia. Sin embargo si comparamos el valor de este indicador entre el año 2006 y 2009, donde la brecha entre gasto devengado y recursos facturas por CENABAST se ha reducido, se aprecia un resultado favorable.
- En el caso de **pacientes VIH en control y sin TARV**, el valor del indicador se mantiene relativamente estable, y dado este no incremento en el costo unitario el desempeño es favorable.
- En el caso de **atención integral en ITS** se observa un incremento del indicador de 32%, y una reducción en el número de atenciones¹⁷¹.

Gasto Promedio por Población Beneficiaria.

¹⁷¹ Esta baja en el número de controles puede deberse a insuficiencia en el registro de la actividad realizada por matrona o enfermera, o a la disminución de la población bajo control, tal como se aprecia en la tasa de oferta de atenciones en ITS por matrona/enfermera en nivel de atención secundario en los indicadores de la MML

- El gasto por beneficiario en campañas se mantiene en torno a los 480 pesos por persona, en el año 2008 el valor llega a 42 pesos, pero esto se debe por un lado a que para ese año la campaña fue dirigida a población general entre 15 y 49 años, ampliándose así el grupo objetivo de la campaña y a que gran parte de los recursos se pagaron durante el año 2009. El incremento es moderado, del orden del 11% para el período. El indicador en este caso es muy sensible a cambios en la población objetivo, y no permite dar cuenta de la efectividad de dicha campaña. Además que se encuentra afectado por los temas de desfase del gasto, que pueden estar sobre estimando el valor para el año 2009. Por tanto, el indicador no permite concluir si hay una mejora en eficiencia. .
- Para el caso de Proyectos de Prevención grupal, el gasto por beneficiario creció un 127%, esto se explica porque la población alcanzada se reduce significativamente, así como también, los fondos. Pero la reducción en la población es mayor que la reducción en los fondos, mostrando una evolución desfavorable para este indicador.
- En relación a la consejería cara a cara (Incluye el estimado nacional y el gasto en la Región Metropolitana), el gasto promedio por beneficiario se reduce significativamente en el período, dicha reducción llegó al 25%, y si se considera además que el número de consejerías realizadas se incrementa, y la calidad no disminuye, entonces, su trayectoria es favorable.
- En el caso del subcomponente disponibilidad de condones, el número de beneficiarios se incrementa durante el período, se debe precisar que en el marco de la atención clínica de PVVIH, consultantes de ITS y personas en control de salud sexual se entregan en promedio 21 condones por persona por consulta, y para las acciones derivadas de proyectos de prevención se entregan en promedio 3 condones por persona, por tanto, el gasto unitario por beneficiario se encuentra en torno a los 500 pesos, lo cual se considera razonable. (La variación que se observa entre los años 2008-2009, esto se debe a que parte de los pedidos realizados durante el 2008 se cancelaron durante el 2009. Es necesario clarificar que, las unidades solicitadas no llegan ni se pagan necesariamente el mismo año que se solicitan).
- En el caso de Detección (donde se agrega Detección y Diagnóstico de FONASA y Establecimiento de Servicios de Salud), el gasto promedio por beneficiario en el año 2009 llegó a 4.251 pesos, con respecto al período éste se reduce un 15%, mostrando una evolución favorable.
- En el caso de la Atención integral a personas con TARV (incluye el gasto estimado por concepto de atención en los Establecimientos de Salud y compra de medicamentos) el gasto por beneficiario se reduce un 7% durante el período, frente a un incremento sostenido en el número de pacientes tratados. Se aprecia un gasto de un millón y medio de pesos por paciente, costo que incorpora la atención integral de las PVVIH con TARV, es decir: medicamentos ARV y para infecciones oportunistas, exámenes - cargas virales, linfocitos y genotipos - y atención de profesionales médico y matrona/enfermera), de modo que su evolución se considera favorable.
- En el caso de Atención Integral en ITS, el número de beneficiarios crece sostenidamente y el gasto por beneficiario se reduce para el período un 11%. Mostrando una tendencia favorable. En el caso de los indicadores gasto por unidad de producto así como de gasto por beneficiario, se considera que los indicadores críticos muestran una evaluación favorable, al incrementarse el número de pacientes en mayor proporción que el incremento del gasto, y constituyen una primera a la eficiencia al interior del programa. Si bien aún es necesario precisar y contar con mayor información para un análisis mas concluyente, en esta primera aproximación se considera que el nivel de eficiencia del programa muestra una evolución favorable.

CUADRO 36
GASTO PROMEDIO ESTIMADO POR UNIDAD DE PRODUCTO¹⁷² 2006-2009
(En \$ del 2010)

PRODUCCION POR COMPONENTES	2006	2007	2008	2009	Gasto Promedio por Subcomponentes (En pesos)				Var en %
					2006	2007	2008	2009	
1.1 Campañas de comunicación	1	1	1	1	476.651.000	461.077.000	123.587.000	709.295.000	49%
12 Proyectos de . Prev. Grupal (número de proyectos)	171	143	141	78	1.531.035	1.868.245	2.107.865	1.805.013	18%
13 Consejerías cara cara (nº consejerías realizadas)	126.285	185.214	190.311	222.675	1.323	1.172	1.242	995	-25%
14 Disp Condones (nº condones dsitribuidos)	1.266.241	1.977.961	1.096.900	1.497.956	3	70	68	96	3100%
15 Capacitación (Nº actividades de capacitación)	7[1]	10[2]	16[3]	46[4]					
2.1 Detección (Nº exámenes VIH y sífilis en embarazadas, control salud sexual y donantes)	557.35	1.131.144	1.171.050	1.228.676	3.278	3.054	2.233	2.422	-26%
Control Salud Sexual (Nº controles)	26.622	24.541	28.352	19.938	995	987	935	995	0%
Atención Integral PVVIH con N TARV, Nº PVVIH controladas por médico y matrona/enfermera que recibe atención integral: consejería, consulta especialista, tratamiento medicamentos, condones, exámenes de monitoreo y medicamentos para infecciones oportunistas..	7.782	8.978	9.554	11.262	1.688.739	1.264.562	875.028	1.565.988	-7%
2.2 Atención Integral PV-VIH SIN TARV (Nº controles realizados por médico y por mat/enf))	3.119	2.870	3.127	2.934	21.254	21.071	20.217	21.132	-1%
2.3 Atención Integral ITS (consultas por ITS médico y mat/enf)	115.596	113.327	107.484	78.670	3.107	2.776	3.034	4.102	-100%
2.4 Capacitación (Nº actividades de capacitación)	9[5]	6[6]	2	84				10.506.000	1.994.923

[1] Información parcial puesto que la información se encuentra sistematizada de manera diferente y no por actividades de capacitación realizadas.

[2] Idem anterior

[3] Capacitación financiada por proyectos nivel Grupal

[4] Idem anterior

[5] Información parcial puesto que la información se encuentra sistematizada de manera diferente y no por actividades de capacitación realizadas

[6] Idem anterior

Fuente: CONASIDA-Sistema de información para la gestión financiera del estado – SIGFE-FONASA

¹⁷² En muchos casos los programas no cuentan con información que permita distinguir entre gasto promedio por unidad de producto y gasto promedio por beneficiario, o sólo manejan uno de ellos; por ejemplo :para :los servicios de salud se registran número de atenciones y no número de pacientes. No incluye información de gastos de administración.

CUADRO 37
GASTO PROMEDIO COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES POR BENEFICIARIO
2006-2009
(Miles de \$ 2010)

POBLACION OBJETIVO ALCANZADA						Gasto Promedio por Población Alcanzada				Var en %
		2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	
1.1	Campañas	975.175	1.081.660	2.910.276	1.304.911	488,8	426,3	42,5	543,6	11%
1.2	Proy. Prev. Grupal	75.732	57.427	39.211	17.970	3.457,0	4.652,1	0,0	7.834,8	127%
1.3	Consejerías	126.285	185.214	190.311	222.675	1.323,1	1.172,5	1.242,1	994,7	-25%
1.4	Disp Condones	149.726	278.562	273.171	211.285	26,9	500,5	274,2	679,3	2421%
1.5	Capacitación	5.022	1.025	367	87	0,0	1.676,1	28.626,7	0,0	
2.1	Detección	364.856	644.778	669.019	700.048	5.007,5	5.357,2	3.908,2	4.251,4	-15%
2.2	Control Salud Sexual	13.288	10.006	9.097	9.085	1.994,1	2.421,6	2.912,8	2.182,9	9%
	Atención Integral PV-VIH con CON TARV	7.782	8.978	9.554	11.262	1.688.739,1	1.264.561,6	875.028,0	1.565.987,7	-7%
	Atención Integral PV-VIH SIN TARV	3.119	2.870	3.127	2.934	21.253,6	21.071,1	20.216,8	21.132,2	-1%
2.3	Atención Integral ITS (Atención Integral ITS (promedio consultas médico + matrona)	15.974	14.929	15.425	16.121	22.481,5	21.071,1	21.140,9	20.018,2	-11%
2.4	Capacitación	1.160	1.080	130	1.848	0,0	0,0	80.815,4	82.866.861,7	

4.2.2. Gastos de Administración¹⁷³.

En cuanto a los gastos de administración del programa, sólo cuenta con información proveniente de CONASIDA, por tanto, no es factible contar con la proporción de los gastos de administración para el Programa en su conjunto.

Al examinar la proporción de gastos de administración de CONASIDA con respecto al total del gasto en la que incurre ésta, se aprecia que la proporción es del 12.9%, en promedio, para el período 2006-2009. Lo anterior, se considera una proporción adecuada al comparar la proporción del gasto con respecto a otros programas públicos

CUADRO 38
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN PARA EL TOTAL DEL GASTO DE CONASIDA
2006-2009
(MILES DE \$ 2010)

AÑO	Gastos de Administración	Total Gasto CONASIDA	Gastos Adm/ Total Gasto CONASIDA
2006	126.025	1.009.360	12,5%
2007	120.752	1.163.291	10,4%
2008	234.239	1.101.868	21,3%
2009	123.392	1.708.653	7,2%

Fuente: Sistema de información para la gestión financiera del estado SIGFE

NOTA: Incluye gasto para subtítulo 21, 22 y 29

4.3 Economía.

4.3.1 Ejecución presupuestaria del Programa.

Con respecto a la ejecución presupuestaria del Programa, se aprecia un comportamiento irregular, a nivel del Gasto devengado total con respecto del Presupuesto total, así como también, al examinar el ratio gasto-presupuesto de CONASIDA y FONASA.

Con respecto a CONASIDA, la proporción de ejecución presupuestaria llegó a 83,6% durante el año 2006 y a 118,8% en el año 2009. Si sólo se considera el período 2006-2008, el porcentaje promedio de ejecución fue de 85%, proporción que alcanza a 93% en promedio al incluir todo el período. Dicha variación se explica fundamentalmente por un desfase en el pago de campañas publicitarias, así como también en el caso de gasto en condones. En ambos casos señalados, una parte importante del gasto se realiza al año siguiente.

¹⁷³ El panel no recibió la información correspondiente a la metodología para la obtención de los gastos de administración.

CUADRO 39
PRESUPUESTO DEL PROGRAMA Y GASTO DEVENGADO 2006-2009

(MILES DE \$ 2010) AÑO	Presupuesto Inicial Conasida	Presupuesto Inicial FONASA	Presupuesto del Programa	Gasto Devengado del Presupuesto Conasida	Gasto Devengado del Presupuesto FONASA	Gasto Devengado del Presupuesto
2006	1.194.812	22.376.551	23.571.363	1.001.747	13.226.680	14.228.427
2007	1.225.756	29.128.793	30.354.549	1.163.291	11.440.499	12.603.790
2008	1.496.038	19.515.056	21.011.094	1.101.868	8.293.503	9.395.371
2009	1.438.369	15.719.716	17.158.085	1.708.653	17.514.080	19.222.733

CUADRO 40
PROPORCIÓN DEL GASTO DEVENGADO
2006-2009.

AÑO	CONASIDA	FONASA	FONASA	Programa
			GD/Ppto Final	GD/Ppto Inicial
2006	83,8%	100,0%	59,1%	60,4%
			94,8%	39,3%
2007	94,9%	99,2%	42,5%	41,5%
			100,0%	111,4%
2008	73,7%	100,0%	44,7%	112,0%
			63,1%	64,7%
PROMEDIO	92,8%	98,5%		

Fuente: Elaboración propia a base de Información SIGFE-FONASA

Con respecto a FONASA, la proporción del gasto fue de 59% para el año 2006 y de 113% en el año 2009, y la proporción promedio entre esos años fue un 63%. Tal como se mencionó, las razones fueron el cierre del convenio con el PNUD y la planificación financiera a base del presupuesto histórico. Por otro lado, al considerar el porcentaje de ejecución comparando la transferencia real y el presupuesto final, el porcentaje de ejecución mejora; en este caso la ejecución presupuestaria en promedio fue del 98%.

Finalmente, a nivel agregado, el Programa, en su conjunto, alcanzó el porcentaje de ejecución presupuestaria de 60,4% en el año 2006, y de 112% en el año 2009, con un promedio de ejecución del 64,7%.

La oscilación y el bajo nivel de ejecución presupuestaria no es algo exclusivo de una sola institución, ya que ambas aportan a dicha variación. Si bien ambas instituciones afirman que se realiza una

planificación del gasto, en la práctica existen problemas operativos que impiden un cumplimiento satisfactorio de este aspecto y que están relacionados con el proceso de producción de los componentes. En particular existen dos procesos que tienden a aportar a esta variabilidad, tal como se señaló anteriormente: el proceso de compra de Antirretrovirales y el proceso de compra de condones, donde se observa un desfase entre solicitud de compra, facturación y gasto devengado. Por tanto, se considera un desempeño deficiente en este aspecto.

4.3.2. Aportes de Terceros.

El programa, durante algunos años, contó con aportes de terceros, fundamentalmente a través de fondos internacionales (Fondo Global¹⁷⁴). La estructura actual es financiada fundamentalmente con recursos públicos. Dicha estructura obedece a la necesidad de asumir por parte del Estado los desafíos que presenta tanto el VIH/SIDA como las ITS a nivel país lo cual se considera apropiado

4.3.3. Recuperación de Gastos.

No existe una política de recuperación de gastos por parte del Programa. Este se hace cargo de un problema de la sociedad en su conjunto, donde los mecanismos privados no permiten una adecuada respuesta al problema planteado. Por ello, los recursos actuales van en la dirección de prevenir la transmisión, reducir los efectos y apoyar a la población afectada en su control y tratamiento.

En particular, se aprecia que:

- Respecto a los tratamientos antiretrovirales (TARV) y exámenes de monitoreo para evaluar aspectos inmunológicos, virológicos y resistencia a los TARV, estos se encuentran garantizados por la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES) tanto para el sector de salud público como para el privado desde el Decreto N° 170 de los Ministerios de Hacienda y Salud del año 2005.
- El apoyo a procesos asistenciales y de prevención que realiza el programa se enmarca en las actividades relacionadas con los tratamientos antiretrovirales (TARV), exámenes de monitoreo, acceso a condones y capacitación y actualización de conocimientos de los equipos de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y de los Servicios de Salud del país.
- La entrega de preservativos en los establecimientos públicos de la Red Asistencial, tiene como objetivo lograr un impacto sanitario/epidemiológico en el VIH/SIDA y las ITS, de forma individual, ya que su utilización interviene sobre la cadena de transmisión. Esta actividad no contempla una recuperación de costos.

Por tanto, no se considera pertinente el cobro de una tarifa.

¹⁷⁴ La institución responsable del Programa no proporcionó información con respecto a los Recursos del Fondo Global.

5. SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Sostenibilidad del Programa

Existe un marco jurídico que propicia el desarrollo de programa. El marco jurídico contempla numerosas leyes, decretos y reglamentos que toman en cuenta las múltiples dimensiones y complejidades de un programa enfocado a la prevención y control de un problema de salud que tiene una causa biológica precisa pero un origen multicausal que agrega las dimensiones psicosociales.

Los equipos técnicos presentan competencias reconocidas, lo que es un elemento de importancia crucial para la factibilidad de que el programa siga funcionando y cumpliendo de manera adecuada sus objetivos.

Dadas las complejidades del programa y la naturaleza de la epidemia de VH/SIDA y las ITS el programa debe consolidar y/o reforzar dos de sus líneas de trabajo: la de prevención y la de estudios. Este último porque es el que permite conocer prácticas sexuales y prácticas preventivas, representaciones sociales y orientaciones normativas y niveles de conocimiento en la población, elementos imprescindibles para la sostenibilidad del programa. Para ello es también necesario contar con los recursos financieros pertinentes.

El programa puede y debe seguir funcionando, sujeto a evaluaciones y seguimiento epidemiológico que muestre sus resultados y detecte oportunamente las necesidades de cambio o refuerzo de áreas específicas.

6. JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD

El problema del VIH/SIDA y las ITS sigue plenamente vigente y la situación epidemiológica mundial muestra las dificultades en su control. Con las herramientas científicas de prevención y tratamiento de que se dispone, el programa responde a través de un diseño y gestión apropiados al conocimiento y tecnologías con que se deben enfrentar el VIH/SIDA y las ITS.

La aceptación de los usuarios, medida a través de estudios de satisfacción y a través de la ausencia de reclamos por incumplimiento de garantías (GES), es un elemento que respalda la justificación del Programa.

No se visualiza una necesidad de reformulación considerando el conocimiento y la investigación científica y tecnológica en el mundo actual.

La investigación internacional en la búsqueda de una vacuna no ha sido exitosa hasta ahora. Si ello ocurre, habrá que incorporar esta medida de prevención específica bajo las condiciones que el programa, apoyado por el comité de expertos, determine.

Al analizar los antecedentes, el Programa presenta fortalezas en su diseño y en sus resultados que justifican su existencia y continuidad.

Algunos **avances** destacables en términos de adopción de **estrategias preventivas** por parte de la población juvenil es que se ha logrado impactar en el uso del condón en la iniciación sexual (indicador usado mundialmente para medir este impacto). En 1998, su uso declarado a nivel país era un 18%, el año 2006 alcanzó a un 45,2%, ambas mediciones hechas en encuestas nacionales poblacionales. La medición de este indicador a través de la VI Encuesta Nacional de Juventud, 2009, mostró nuevamente

un incremento, alcanzando a 48,4% de jóvenes entre 15 y 24 años¹⁷⁵. Los resultados obtenidos demuestran la alta valoración que ha alcanzado esta estrategia preventiva entre los jóvenes chilenos. La meta al 2015 en el marco de los ODM¹⁷⁶, es de 50% y los resultados obtenidos hasta el presente permiten mirar con optimismo su cumplimiento.

El nivel de conocimiento sobre SIDA por parte de la población entre 15 y 24 años es también un indicador de impacto de las estrategias implementadas. La VI Encuesta Nacional de Juventud, realizada el año 2009 por el Instituto Nacional de Juventud, señaló que un 82,1% de los jóvenes encuestados, identificó correctamente las vías de transmisión del VIH y las medidas de prevención, contra el 58% del año 2006. Lo anterior demuestra un aumento creciente en el conocimiento de las personas, especialmente en el grupo de adolescentes y jóvenes, grupo fundamental para la prevención del VIH/SIDA.

A pesar de estos avances, el número de personas diagnosticadas con VIH/SIDA continúa en incremento. Sin embargo, este aumento ha sido más lento de lo esperado, lo que constituye un logro y al mismo tiempo una oportunidad de mantener y profundizar las intervenciones preventivas, para evitar el aumento explosivo de casos.

En relación a las **estrategias de tratamiento**, la eficacia de la terapia ha ido en aumento en los últimos años y es máxima en pacientes que inician tratamiento antes de que se produzca un deterioro clínico e inmunológico. En el estudio de evaluación del impacto de las TARV en 3.649 PVVIH beneficiarias del sistema público de salud, sin experiencia previa con antiretrovirales, se demostró una sobrevida superior al 90% a 3 años de tratamiento. La mortalidad en este grupo se concentró en pacientes que iniciaron terapia en etapa muy avanzada de la enfermedad y en los primeros meses de tratamiento, antes de que se obtuvieran los beneficios clínicos e inmunológicos de la terapia.

A nivel nacional, se ha verificado un aumento de la sobrevida de las personas con TARV a tres años de seguimiento, desde 85% en 2005 a 91,2% en 2008 y una disminución de las infecciones oportunistas de 8% en 2005 a 3% en 2008, que impacta positivamente en la calidad de vida y logra una disminución en las hospitalizaciones, lo que favorece mayor integración social de las personas.

En el quinquenio 2004-2008, el 42% de los hombres notificados por primera vez estaban en etapa SIDA, lo que influye negativamente en la efectividad del tratamiento ARV y en la sobrevida, demostrado por el estudio de evaluación de los TARV a través del seguimiento de la Cohorte¹⁷⁷. En efecto, la progresión a muerte a 3 años de seguimiento es 19% en personas que iniciaron tratamiento con nivel de CD4 entre 0 y 99, mientras que es de 4% para quienes lo iniciaron con niveles de 200 a 349, lo que muestra la necesidad de mejorar la pesquisa y el ingreso oportuno a control y tratamiento, ya que el acceso a TARV constituye una garantía en salud y la cobertura es 100%.

Finalmente, la evolución de los indicadores relevantes de impactos atribuibles o asociados a las acciones del programa que el país ha comprometido en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) son satisfactorios, habiéndose ya alcanzado la meta de 100% al 2015 en prevalencia de VIH en embarazadas a nivel nacional y habiéndose avanzado en disponibilidad de preservativos en población de 15-49 años, además de los indicadores de resultado comentados en párrafos anteriores de esta sección.

Consolidar lo logrado y mejorar lo alcanzado constituyen los desafíos para el Programa y justifican su continuidad.

¹⁷⁵ La encuesta se realiza cada 3 años, sobre un universo de estudio de mujeres y hombres, entre 15 y 29 años, pertenecientes a todos los niveles socioeconómicos, residentes en todas las regiones del país, en zonas urbanas y rurales, a través de una muestra representativa cuyo tamaño alcanzó 7.570 encuestados en su última versión.

¹⁷⁶ Informes bianuales. http://www.pnud.cl/odm/segundo-informe/MDGR_Chile2008.PDF; Datos 2000: 1º Informe nacional, publicado en 2006; Datos 2005: 2º Informe nacional, publicado en 2008

¹⁷⁷ Estudio de Cohorte de PVVIH en TAR. Grupo SIDA Chile-CONASIDA

III. CONCLUSIONES

1 El **diseño** del Programa presenta alta consistencia --basado en un diagnóstico adecuado-- y coherencia --por articular adecuadamente el fin, el propósito, los productos, sus estrategias, sus actividades, metas y mecanismos de evaluación, especialmente referidos a los indicadores elegidos. Se han logrado avances importantes en el control de la epidemia: La tasa de incidencia de VIH se mantiene en torno a 5 casos por 100.000 y la tasa de incidencia de sífilis se mantiene en torno a 18 (habiendo tenido niveles históricos de 40 por 100.000). La tasa de mortalidad por SIDA presenta desde el año 2001 una tendencia al descenso. Las características evolutivas de la epidemia sugieren que la prevalencia irá en aumento (lo cual no es un indicador negativo) dado, por una parte, porque la mortalidad está en descenso y las personas tienen sobrevidas más prolongadas y, por otra, porque aunque la velocidad de crecimiento en el número de casos nuevos de VIH ha disminuido, no se ha detenido.

El Programa ha respondido a la característica de “epidemia concentrada” y la focalización en poblaciones vulnerables prioritarias ha sido eficaz, hasta ahora, para que la epidemia no avance sino muy lentamente a la población general, quedando radicada en los grupos que presentan mayor riesgo.

2 En su concepción y diseño la estrategia de **prevención** es político-técnicamente fundada, responde a la conceptualización de la historia natural de la enfermedad y de los niveles de prevención y se enmarca en las políticas de salud vigentes y los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos nacionales e internacionales. Su estructuración en intervenciones individuales, grupales y sociales, con objetivos específicos, y acciones y ámbitos de intervención diversos y complementarios es adecuada. Está diseñada para cubrir las necesidades educativas en torno del VIH/SIDA e ITS e incorpora la promoción de actitudes no discriminatorias como un elemento que favorece la prevención.

Se ha avanzado en la implementación de prácticas preventivas entre las poblaciones vulnerables emergentes, en especial de adolescentes en proceso de entrada a la sexualidad activa. Sin embargo, este avance es aún insuficiente.

En el periodo evaluado, el nivel grupal/comunitario de la estrategia de prevención ha experimentado un descenso en la disponibilidad de recursos, en su cobertura y en el número de proyectos grupal-comunitarios ejecutados en el contexto de la Respuesta Regional Integrada de Prevención (RRIP).

3 En el componente de prevención, especialmente en los niveles de intervención grupal y social, el Programa presenta escasa referencia a ITS concentrando su foco en VIH. Si bien esto se explica porque el VIH produce patologías más graves y que amenazan la vida, esto puede afectar desfavorablemente la promoción de prácticas preventivas, especialmente entre las poblaciones vulnerables emergentes.

4 En cuanto a la **atención integral** de las personas, en los aspectos de detección, el Programa ha mantenido los grupos objetivo. En los aspectos de tratamiento, en el transcurso del período evaluado el Programa contribuyó a consolidar el tratamiento antirretroviral en VIH/SIDA en el GES, logrando una cobertura óptima en el sector público de salud (100% de los casos diagnosticados, en control y con indicación de TARV). Sin embargo, el programa reconoce que para el tratamiento de las ITS, existen insuficiencias en la disponibilidad de medicamentos.

La atención integral se apoya en guías clínicas actualizadas periódicamente de acuerdo al avance de las evidencias y contando con capacidades técnicas instaladas en los equipos de salud.

Los estudios de seguimiento de personas VIH/SIDA en tratamiento con antirretrovirales muestran un incremento en la sobrevida, con mejoría en la calidad de vida y una reducción de la carga viral, que se asocia a una disminución de la transmisibilidad y a un impacto positivo en la salud pública. Estos efectos son tanto mejores cuanto más precoz es el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

5 El Programa dispone de un sistema de **vigilancia epidemiológica** que provee información sistemática y permanente, a través de un proceso normado y difundido. En el contexto del conocimiento de la epidemiología existen dos situaciones, una es la “información a las personas” que se hacen el examen de VIH de su situación serológica, la que alcanza a 97% de personas informadas a nivel país. La otra situación es la “notificación de casos”, en la cual existe actualmente una subnotificación de casos VIH/SIDA que alcanza a 46,5% en el sector público de salud y a 59% en el privado.¹⁷⁸

El Programa también desarrolla **estudios** para apoyar decisiones con base en evidencias socioculturales, epidemiológicas, económicas y clínicas del VIH/SIDA y las ITS. En el periodo evaluado CONASIDA ha reducido significativamente el número de estudios y, en la planificación, no ha podido proyectar su continuidad por carecer de financiamiento.

6 El Programa ha desarrollado una estrategia de **intersectorialidad**, concebida y ejecutada como una relación de colaboración entre el Ministerio de Salud y otros sectores y organismos del Estado. Sin embargo, cada sector del Estado no ha asumido para sí mismo una responsabilidad particular y específica sobre aquellos aspectos de su sector relacionados al VIH/SIDA y las ITS. Tampoco existen en el Estado chileno, hasta ahora, instancias de coordinación y/o conducción multisectoriales.

7 El Programa también ha definido y desarrollado una **respuesta participativa y asociativa** a los desafíos planteados por la epidemia, que integra al Estado, organismos de la sociedad y organismos internacionales Destacable ha sido la acción de promoción del fortalecimiento de las capacidades de la sociedad civil, en particular de las organizaciones de PVVIH, que avanzó desde una participación instrumental, a una participación co-responsable en la formulación e implementación de políticas públicas. En el periodo la alianza con la sociedad civil, fuerte entre 2003 y 2008 por el desarrollo del proyecto Fondo Global¹⁷⁹, (proyecto de la cooperación internacional que apoyó financieramente al programa), se ha debilitado.

8 La política pública en VIH/SIDA considera el **enfoque de género** para su acción y en su relación con los enfoques de determinantes de la salud, de vulnerabilidad y de gestión de riesgo. Asimismo, dado que el VIH/SIDA afecta fundamentalmente a las poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres, adopta complementariamente una perspectiva de género que establece una conexión entre sexo, género y sexualidad, que permite ampliar la categoría de género a los fenómenos más próximos a esta última, tanto en su conceptualización, como en su aproximación metodológica y programática. Sin embargo, algunos indicadores, particularmente los referidos a aspectos sociocomportamentales, no separan hombres de mujeres, lo que impide conocer las brechas de género en materia de prácticas preventivas.

9 En su **estructura**, el Programa se caracteriza por ser legalmente fragmentado e institucionalmente fraccionado. No cuenta con un/a coordinador/a general o un/a jefe de programa. CONASIDA tiene un coordinador ejecutivo, con escasas atribuciones para convocar a los otros organismos sectoriales que son parte del Programa, para planificar en conjunto y priorizar las acciones. No existe un sistema de información y registro que de cuenta del quehacer del programa como un todo.

¹⁷⁸ Segundo Informe Nacional de casos confirmados por el ISP años 2004-2008, MINSAL. Diciembre 2008.

¹⁷⁹ Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

10 En el contexto institucional, la **Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA)** ha otorgado un sentido integrador al Programa, fundamental en la generación de una política coherente y articulada en sus niveles. Ha conducido las estrategias de prevención, estudios y relaciones de colaboración, y la política de participación ciudadana. Ha tenido históricamente equipos con elevada capacidad científico-técnico y compromiso con llevar adelante esta política pública. CONASIDA ha tenido un reconocido rol de vocería e interlocución con el conjunto de la sociedad y ha alcanzado una alta inserción en el contexto de las relaciones internacionales.

Sin embargo, ha experimentado un debilitamiento del peso político al interior del Ministerio de Salud, con disminución de su capacidad de vocería y protagonismo en esta materia lo que es relevante por cuanto la epidemia del VIH/SIDA conecta fuertemente con estrategias preventivas, grupos sociales, prácticas y significados que son sometidos a debates normativos por parte de otras instituciones cuando tienen por objeto la sexualidad.

11 En **recursos humanos**, en los últimos años CONASIDA ha enfrentado una reducción de la dotación de profesionales y las otras instituciones sectoriales participantes tienen profesionales que asumen diferentes temas de salud y no tienen tiempo asignado formalmente al programa, lo cual hace que sean insuficientes para enfrentar todas las tareas. Lo mismo sucede en los servicios de salud y en los establecimientos, produciéndose brechas para abordar la demanda de acuerdo a los estándares de atención definidos y requeridos.

12 Respecto de la **eficacia**, el Programa ha sido eficaz, de acuerdo a los indicadores utilizados, cumpliendo metas de cobertura de la población objetivo y mejorando los indicadores de propósito durante el período evaluado.

13 Con respecto a la **eficiencia** se aprecia que existen subcomponentes donde el nivel gasto por unidad de producto mejora significativamente, entre ellos, el indicador asociado a consejería, con una reducción de 25%, y el de detección, de 15%. En atención integral de pacientes VIH con TARV, el número de pacientes se ha incrementado y el gasto promedio ha disminuido en 7%.

Existe, durante el período, un gasto de \$ 1.500.000 anual por persona en atención integral de las PVVIH con TARV, y un monto promedio aproximado de \$ 480 anual por beneficiario en el caso de campañas. Por tanto, el Programa presenta un desempeño adecuado a nivel de eficiencia para el caso de los indicadores clave mencionados.

14 El **presupuesto** del Programa se redujo en 42,9% en el período 2006-2009. Con respecto a la evolución del gasto del Programa, éste se incrementó en 35% entre 2006 y 2009, incremento que se considera positivo.

Se observan variaciones en el ratio gasto devengado con respecto al presupuesto, dado por el desfase temporal en el pago de gastos que se ejecutan en el año siguiente, (por ejemplo en CONASIDA el pago de la campaña comunicacional del 2008 se hizo efectivo el 2009 y en el caso de FONASA el menor nivel de gasto devengado se explica por la brecha generada entre el gasto devengado y facturado en el proceso de compra de antirretrovirales, donde participan FONASA-CENABAST-Servicios de Salud.) Este elemento, constituye una debilidad que se encuentra presente durante el período de evaluación, y si bien se observan mejoras incrementales en el proceso, aún no se resuelve completamente.

El 90% del gasto se concentra en Atención Integral y el 10% se distribuye según orden de magnitud, en campañas de comunicación social educativa (3%), proyectos de prevención grupal-comunitarios (2%) y el resto en otras partidas.

IV. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer y ampliar las acciones de prevención, de modo de alcanzar a las poblaciones vulnerables, prioritarias y emergentes (actualmente con coberturas muy insuficientes) en especial a los/as jóvenes y mujeres a fin de mantener la epidemia bajo control, manteniendo el eje histórico centrado en la prevención, crucial para enfrentar las epidemias de enfermedades transmisibles.
2. Avanzar en la detección precoz del VIH, incluyendo el test de pesquisa en el examen anual de medicina preventiva (como se hace en la actualidad en embarazadas), previo estudio de costo-efectividad. Dadas las características epidemiológicas, se recomienda estudiar la factibilidad que el examen de pesquisa sea ofrecido a hombres de 20 a 49 años¹⁸⁰ como parte del examen anual de medicina preventiva.
3. Reforzar el rol de los establecimientos asistenciales en la implementación del modelo de atención integral para VIH/SIDA e ITS de acuerdo a la normativa, cautelando calidad de los recursos humanos (incluyendo su capacitación) para mejorar y consolidar las acciones de prevención y de tratamiento así como las de seguimiento y vigilancia epidemiológica. Ello incluye reforzar el rol del profesional en la información a las personas de su situación serológica y su rol en la notificación de casos al sistema de vigilancia¹⁸¹. De igual modo, reforzar actividades de vigilancia epidemiológica activa y de epidemiología de terreno para asegurar la oportunidad y calidad de la información que sustenta el diagnóstico epidemiológico y la toma de decisiones.
4. Asegurar la continuidad de estudios especiales que constituyen insumos para la evaluación y el rediseño de las estrategias. Entre estos estudios se mencionan el segundo estudio de comportamiento sexual en la población chilena (provee información sobre el avance en materia de indicadores comportamentales y orientaciones normativas) y el estudio de seguimiento de cohortes (diseño técnicamente recomendado para conocer la evolución y las modificaciones que trae consigo el uso de los TARV en la historia natural de la enfermedad y los efectos secundarios atribuibles a los antivirales en pacientes con tratamientos prolongados).
5. Desarrollar mecanismos para profundizar la estrategia de prevención en una lógica multisectorial, que establezca responsabilidades, funciones, metas y compromisos específicos de otros sectores del Estado. Comprometer especialmente al Ministerio de Educación en acciones institucionales educativas destinadas a favorecer en las/os estudiantes competencias para tomar decisiones en el ejercicio de la sexualidad, al Servicio Nacional de la Mujer para que fortalezca en sus objetivos estratégicos y líneas de trabajo la prevención VIH e ITS y también generar una política de colaboración entre el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y las empresas para constituir los centros laborales en espacios educativos en vistas a la prevención del VIH y las ITS.
6. Desarrollar mecanismos para dar continuidad, fortalecer y perfeccionar la participación de la sociedad civil alcanzada en la primera parte del periodo de evaluación en el marco del proyecto del Fondo Global, en particular de las redes que tuvieron especial relevancia en su realización.
7. Revisar la estructura organizacional del Programa, estableciendo una instancia de coordinación formal y permanente que incorpore a todas las instituciones sectoriales que participan en el programa a través de un Coordinador General ubicado en una instancia de mayor jerarquía, por ejemplo, en la Subsecretaría de Salud Pública, con mayores atribuciones que las que en la

¹⁸⁰ Grupo poblacional en que la incidencia es mayor

¹⁸¹ Independientemente del lugar de la red de servicios de salud, públicos y privados, donde se indique la realización del test de pesquisa, todas las personas deben ser informadas del resultado y en el caso de los resultados positivos asegurar su ingreso a los centros de atención integral donde se realiza la evaluación clínica y la etapificación y se indica el tratamiento.

actualidad tiene el Coordinador Ejecutivo de CONASIDA, manteniendo la razonable autonomía de cada una de las instituciones participantes.

8. Consolidar el sistema de información y registros para dar cuenta de todo el quehacer del programa en coordinación con los Departamentos de Epidemiología y de Estadísticas e Información en Salud.
9. Avanzar hacia la descentralización de las decisiones terapéuticas y manejo de stock de ARV, a través de un comité ad hoc por servicio de salud con un rol activo en la definición de la demanda de compra y en la autorización de las terapias y de sus cambios asesorados por expertos locales.
10. En cuanto a aspectos presupuestarios, cautelar los montos destinados a la prevención, por la importancia central que ésta tiene en el control de la epidemia y asegurar recursos para la Respuesta Regional Integrada en Prevención en VIH/SIDA e ITS (RRIP), que permita mantener y profundizar su trabajo con las poblaciones vulnerables prioritarias y ampliarlo a las poblaciones vulnerables emergentes, por cuanto su concepción facilita una mayor adecuación epidemiológica y cultural a la epidemia, en particular para las regiones más afectadas (Arica-Parinacota, Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana).
11. Formalizar un mecanismo de financiamiento para asegurar la disponibilidad de condones para poblaciones vulnerables focalizadas, prioritarias y emergentes.
12. Agilizar los mecanismos de compra, facturación y pago de medicamentos e insumos, en los que participan con roles fundamentales FONASA y CENABAST e implementar mecanismos administrativos y legales que contribuyan a reducir los tiempos asociados a los procesos de compra.

Crear un mecanismo de corrección de los montos establecidos en la refrendación presupuestaria para la adquisición de antirretrovirales que permitan corregir los desfases temporales entre definición de compra, disponibilidad y pago.

V. BIBLIOGRAFÍA

Además de la Bibliografía citada a pie de página, se han consultado las siguientes publicaciones

- La mujer y la infección por el VIH/SIDA: Estrategias de prevención y atención. Organización Panamericana de la Salud. 1999
- Preventing HIV/AIDS in Young people: A systematic review of the evidence from developing countries. WHO technical Report Series N^a 938. UNAIDS, UNICEF, WHO. 2006.
- Combating AIDS in the developing world. Achieving the Millenium Developing Goals (MDG). MilleniumProject. Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TBC and Acces to essential medicines. 2005
- Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para la promoción de la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea. Organización Panamericana de la Salud. 2005
- Género, mujer y salud en las Américas. Publicación Científica N^º 541Organización Panamericana de la Salud. 1993
- Estudio nacional de comportamiento sexual. Chile 2000
- En los dominios de la salud y la cultura: Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en pueblos originarios. Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud. 2006
- Conversemos de salud sexual: Manual para el trabajo con equipos de salud de establecimientos de atención primaria. División de Rectoría y Regulación / División Gestión de la red Asistencial. Ministerio de Salud. 2002
- Modelo de Consejería para la prevención primaria del VIH desde la sociedad civil. Proyecto "Optimización de la consejería para la prevención del VIH/SIDA. Documentos Técnicos de consejería para la prevención primaria del VIH. Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud. 2004
- Evaluación de impacto del programa de acceso expandido a tratamiento antirretroviral: cohorte chilena de SIDA. Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud. Grupo SIDA Chile. 2007
- Propuesta de normas para la consejería en la atención en salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Ministerio de Salud. 2007
- Estudio de prevalencia de VIH y factores asociados en hombres que tienen sexo con hombres. Informe Final del Estudio. CHIPREV. Enero 2010
- Revelación del estado serológico para VIH/SIDA en niños, niñas y adolescentes (Colombia): Una revisión teórica. AM Trejo, JE Palacio, M Mosuqera, I Blasini y RJ Tuesca. Rev Chil Salud Pública 2009; Vol 13(3): 143-154.

- Apoyo psicosocial a niños y niñas que viven con VIH/SIDA que se atienden en el sistema público de salud. Orientaciones Técnicas. Comisión Nacional del SIDA, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.. Ministerio de Salud. 2009
- Aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y de la Declaración política sobre el VIH/SIDA. Progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y de la Declaración política sobre el VIH/SIDA. Informe del Secretario General. Tema 41 del programa. Sexagésimo tercer período de sesiones. Asamblea General. 7 de abril de 2009. Naciones Unidas A/63/812.
- Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. Prevenir con Educación. XVII Conferencia Internacional de SIDA. Ciudad de México. 2008.
- Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response. Argentina. 2008 update. World Health Organization, UNAIDS, unicef.
- Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response. Brazil. 2008 update. World Health Organization, UNAIDS, unicef.
- Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response. Costa Rica. 2008 update. World Health Organization, UNAIDS, unicef.
- Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response. Chile. 2008 update. World Health Organization, UNAIDS, unicef.

VI. ENTREVISTAS REALIZADAS

Especialistas en Infectología, Hospital Clínico de la P. Universidad Católica, 6 de mayo de 2010:

Dr. Jaime Labarca

Dr. Carlos Pérez

Director Banco de Sangre:

Dr. Jaime Pereira.

Dra. May Ling Chang

Representantes de la participación ciudadana:

Vivo Positivo

ASOSIDA

VII. ANEXOS

ANEXO 1a: Matriz de Evaluación del Programa, Consensuada.

ANEXO 1b: Medición de Indicadores Matriz de Evaluación del Programa, período 2006-2009. Consensuada.

ANEXO 2: Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos

ANEXO 3: Cuadro Análisis de Género de Programas Evaluados.

ANEXOS COMPLEMENTARIOS:

Anexo complementario 1: Estrategias de prevención y atención integral del programa nacional de sida. Comisión Nacional del SIDA. Junio de 2009

Anexo complementario 2: Estrategia nacional de prevención del VIH/SIDA y las ITS

Anexo complementario 3: Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH 2009. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Publicado Marzo 2010

Anexo complementario 4: Modelo de atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. Documento elaborado por Área de Atención Integral, Comisión Nacional del SIDA, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Validado por: Departamento de Modelos de Atención, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud, Servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Con consulta a Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH, VIVO POSITIVO. Publicación efectuada en el marco del componente Atención Integral del proyecto “Aceleración y profundización de la respuesta nacional, intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile”, financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Junio 2005.

Anexo complementario 5: Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Serie Guías Clínicas Minsal 2009. Ministerio de Salud.

Anexo complementario 6: GES en VIH

Anexo complementario 7: Proceso de Vigilancia Epidemiológica

Anexo complementario 8: Participación ciudadana

Anexo complementario 9: Aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y de la Declaración política sobre el VIH/SIDA. Progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y de la Declaración política sobre el VIH/SIDA. Informe del Secretario General. Tema 41 del programa. Sexagésimo tercer período de sesiones. Asamblea General. 7 de abril de 2009. Naciones Unidas A/63/812.

Anexo complementario 10: Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. Prevenir con Educación. XVII Conferencia Internacional de SIDA. Ciudad de México. 2008.

ANEXO 1(a)
MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

NOMBRE PROGRAMA: Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

AÑO DE INICIO: 1990

MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud

SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Organismos Autónomos del Ministerio de Salud: Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública, Central Nacional de Abastecimiento, Superintendencia de Salud. Comisión Nacional del SIDA. Departamento Comisión Nacional del SIDA.

OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Desarrollar un Plan Nacional de Salud Pública, a través de acciones de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas, que integren las estrategias del sector a nivel nacional, regional y comunal para la protección y fomento de la salud, con mejores condiciones de vida, prevención de riesgos ambientales y de enfermedades transmisibles y no transmisibles en concordancia con los avances alcanzados en los objetivos sanitarios de la década e incorporando el enfoque de Equidad y determinantes sociales.

PRODUCTOS ESTRATÉGICOS **PRINCIPALES A LOS QUE SE VINCULA EL PROGRAMA:** Plan Nacional de Salud Pública; Acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria; Garantías Explícitas en Salud (GES); Planificación, desarrollo y gestión de personas que laboran en el sector salud; Acciones de salud en establecimientos de atención primaria; Acciones en establecimientos de segundo nivel; Régimen General de Garantías en Salud; Gestión financiera; Servicios de intermediación para la compra de fármacos, dispositivos y equipos médicos, alimentos y servicios; Programa de Referencia; Programa de Vigilancia; Fiscalización; Regulación.

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
FIN: Contribuir a mantener y mejorar la salud de la población.				
PROPÓSITO: Disminuir la transmisión y la	1. Incidencia anual de VIH EFICACIA/Resultado Final	(Nº de personas notificadas ¹ con VIH/Población del año estimada INE)*100.000	Boletín Epidemiológico del VIH/SIDA y Boletín Epidemiológico de las ITS.	

¹ Se refiere a las notificaciones realizadas por los profesionales de salud al sistema de vigilancia epidemiológica del MINSAL en concordancia con el Decreto Supremo N° 158 de 2004 del Ministerio de Salud.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

morbimortalidad asociadas al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a otros agentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).	2. Incidencia anual de SIDA EFICACIA/Resultado Final	(Nº de personas notificadas ² con SIDA/Población del año estimada INE)*100.000	Departamento de Epidemiología, Departamento de Estadísticas e Información de Salud , DEIS	
	3. Incidencia anual de Sífilis EFICACIA/Resultado Final	(Nº de personas notificadas ³ con Sífilis/Población del año estimada INE)*100.000		
	4. Incidencia anual de Gonorrea EFICACIA/Resultado Final	(Nº de personas notificadas ⁴ con Gonorrea/Población del año estimada INE)*100.000		
	5. Mortalidad por SIDA EFICACIA/Resultado Final	(Nº de defunciones por SIDA/población general del año estimada)*100.000		
	6. Tasa sífilis congénita EFICACIA/Resultado Final	(Nº de Recién Nacidos Vivos (RNV) notificados con sífilis congénita/Total RNV)*1.000		Las embarazadas se controlan durante el embarazo y se toman el test de detección de sífilis
	7. Tasa de transmisión vertical VIH-SIDA EFICACIA/Resultado Final	(Nº de Recién Nacidos Vivos(RNV) VIH positivos hijos de madre VIH positivo/Total de RNV hijos de madres VIH positivo)*100	Informes Instituto de Salud Pública	Las embarazadas se controlan durante el embarazo y se toman el Test de diagnóstico de VIH. Test de VIH positivo es confirmado en el ISP.
	8. Sobrevida de Personas viviendo con VIH (PVVIH) a 36 meses de Terapia Antirretroviral (TARV) EFICACIA/Resultado Final	Nº de PVVIH vivas y en TARV a 36 meses de iniciado TARV/ Nº Total de PVVIH que iniciaron TARV en el periodo estudiado	Estudio de seguimiento de personas en TARV (cohorte)	Los pacientes mantienen adherencia a los tratamientos y cumplen indicaciones
	9. % de ejecución presupuestaria del programa. ECONOMIA/Proceso	Presupuesto ejecutado por el programa/ Presupuesto asignado al Programa desde la Partida 16 ⁵	Control de gestión ⁶	
	10. Porcentaje de la población encuestada ⁷ con conocimiento adecuado ⁸ del VIH/SIDA EFICACIA/RESULTADO INTERMEDIO	(Número de personas encuestadas con conocimientos adecuados de VIH / SIDA / Total de personas encuestadas)*100	Encuestas poblacionales realizadas por otras instancias sectoriales o de otros sectores gubernamentales	Existe disposición de otras instancias sectoriales e instituciones del estado para realizar las encuestas y medir su tendencia

² Ídem

³ Ídem

⁴ Ídem

⁵ Partida 16 corresponde al presupuesto del Ministerio de Salud incluyendo todas sus instituciones

⁶ A este nivel de agregación de la información, no existe un medio de verificación de este indicador. Se ha construido la información necesaria para tenerla a la vista en esta EPG. Sin embargo no está reflejada en un proceso particular en la gestión habitual.

⁷ Corresponde a un estudio poblacional, realizado en jóvenes de 15 a 29 años. El diseño asegura representatividad a través de muestreo estratificado y polietápico por región, con distribución al azar de todas las otras variables de segmentación de la muestra y con distribución de residencia (urbano/rural) proporcional al interior de cada región.

⁸ Conocimiento adecuado se define como: el porcentaje de población (general o específica que se haya definido) que identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y rechaza las ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

	11. Porcentaje de uso del condón en la iniciación sexual EFICACIA/RESULTADO INTERMEDIO	(Nº de personas encuestadas que declara uso de condón en la iniciación sexual / Nº total de personas encuestadas iniciadas sexualmente)*100	Encuesta poblacional	Se mantienen estables las condiciones sanitarias, ambientales, políticas que permiten la promoción del uso del condón en la iniciación sexual.
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.				
Subcomponentes Estrategias de prevención				
1.1. Campañas de Comunicación Social Educativa realizadas.	1. % de campañas de comunicación social realizadas EFICACIA-PRODUCTO	(Nº campañas realizadas /Nº campañas programadas)* 100	Documento Diseño de campaña Plan de medios Facturas de medios que emiten campaña de comunicación social	
	2. % de recordación total ⁹ de la campaña EFICACIA/PROCESO	(Nº de personas que recuerdan la campaña/Nº Total de personas encuestadas)*100	Informes y Evaluación de cada campaña	Se mantienen estables las condiciones sanitarias, ambientales, políticas. No existen dificultades para la emisión de la campaña de comunicación masiva
	3. % Ejecución presupuestaria de Campaña de Comunicación Social año T ECONOMIA/PROCESO	(Total del presupuesto ejecutado desde el Programa en año T, en la Campaña de comunicación Social / Total del presupuesto asignado en año T para la Campaña de Comunicación Social)*100	Informes de ejecución presupuestaria.	Se mantienen estables las condiciones sanitarias, políticas y presupuestarias para la realización de la Campaña de Comunicación Social
1.2. Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS	4. % de SEREMIS que ejecutan proyectos para prevención de la transmisión del VIH/SIDA y las ITS en el marco de la Respuesta Regional integrada de Prevención del VIH/SIDA y las ITS (RRIP), de acuerdo a orientaciones técnicas del Programa EFICACIA/PROCESO	(Nº de SEREMIS que ejecutan proyectos para prevención de la transmisión del VIH y las ITS en el marco de la Respuesta Regional integrada de Prevención (RRIP)de acuerdo a orientaciones técnicas del Programa /Total de SEREMIS)* 100	Informes regionales sobre ejecución proyectos	
1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes	5. Tasa de Consejerías realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud EFICACIA-PRODUCTO	(Nº Consejerías realizadas en red de establecimientos de los Servicios de Salud / población 15 a 49 años ¹⁰ beneficiaria del sector de salud público) *10.000	Resúmenes Estadísticos Mensuales, Dpto. Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.	

⁹ Recordación total: Recuerdo espontáneo más recuerdo ayudado

¹⁰ El indicador se construye para la población de 15 a 49 años porque es la población a la que se orienta el componente, es la población que utiliza la consejería y es el tramo etario que concentra la epidemia.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

		habitantes.		
1.4. Disponibilidad de condones asegurada como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública de salud	6. % de condones distribuidos para PVVIH en control, personas que ejercen el comercio sexual en control y consultantes de ITS según orientaciones técnicas ¹¹ en año T EFICACIA-PRODUCTO	(Nº de condones distribuidos para PVVIH en control, personas que ejercen el comercio sexual en control y consultantes de ITS en año T / Nº total de condones necesarios según orientaciones técnicas en año T *100	Registro de distribución. Órdenes de compra. Registro de stock de condones (preservativos)	
	7. % Ejecución presupuestaria de presupuesto asignado al Programa para compra de condones (preservativos) en año T ECONOMIA-PROCESO	(Total del presupuesto ejecutado en año T en la compra de condones (preservativos) / Total del presupuesto asignado en año T desde la partida de la Subsecretaría de Salud para compra de condones)*100	Informe de ejecución presupuestaria	Existen oferentes en los procesos de licitación
1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	8. % de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que cuentan con Encargado de VIH/SIDA e ITS capacitado en año T EFICACIA/PRODUCTO	(Nº de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que cuentan con Encargado de VIH/SIDA e ITS capacitado en año T/ Total Secretarías Regionales Ministeriales de Salud)*100	Informes y registros del programa de capacitación	Se mantienen estables las condiciones sanitarias, ambientales, políticas.
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada				
Subcomponentes de atención integral				
2.1. Atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	9. Tasa de realización del examen de detección de VIH en embarazadas beneficiarias del sector público de salud EFICACIA/PROCESO	(Nº de exámenes de detección de VIH en embarazadas beneficiarias /Nº total de embarazadas beneficiarias ingresadas a control en año t)*100	DEIS, MINSAL ¹²	

¹¹ Orientaciones años 2006. Orientación Técnica vigente año 2007 : Oficio B22/Nº 2708, octubre 2007; año 2008 y 2009: Norma de manejo y tratamiento ITS, Decreto Exento Nº 424 de julio de 2008

¹² Se ha detectado deficiencias en el registro de actividades por parte de los profesionales y técnicos de los establecimientos de salud por lo cual se considera que la información es parcial y no exacta

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	10. Tasa de realización del examen de detección de sífilis en embarazadas beneficiarias del sector público EFICACIA/PROCESO	(Nº de exámenes de detección de sífilis en embarazadas beneficiarias del sector público /Nº total de embarazadas ingresadas a control en año t)*100	DEIS, MINSAL ¹³	
	11. Tasa de realización de exámenes de detección de VIH en personas en control de salud sexual ¹⁴ EFICACIA/PROCESO	(Nº exámenes de detección de VIH totales anuales en personas en control de salud sexual / Nº personas en control de salud sexual)*100	DEIS, MINSAL ¹⁵	
	12. Tasa de realización de exámenes de detección de sífilis en personas en control de salud sexual ¹⁶ EFICACIA/RESULTADO INTERMEDIO	(Nº exámenes de detección de sífilis (VDRL) totales anuales en personas en control de salud sexual / Nº personas en control de salud sexual)*100	DEIS, MINSAL ¹⁷	
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	13. % Normas y Guías Clínicas para el manejo del VIH/SIDA actualizadas EFICACIA/PRODUCTO	(Nº de Normas y Guías Clínicas para el manejo del VIH/SIDA actualizadas / Nº de Normas y Guías Clínicas para el manejo del VIH/SIDA planificadas para ser actualizadas) *100	Documentos actualizados	Comité de expertos dispuesto a participar.
	14. % PVVIH en TARV del total de PVVIH en control activo en establecimientos del nivel secundario de atención de los Servicios de Salud del país EFICACIA- PROCESO	(Nº PVVIH en control y tratamiento antirretroviral en establecimientos del nivel secundario de atención de los Servicios de Salud del país/ Total PVVIH en control en nivel secundario de atención de los Servicios de Salud del país)*100	Registros de establecimientos de salud del nivel secundario ¹⁸	Los profesionales de los establecimientos de salud del sector público registran correctamente las actividades realizadas.

¹³ Idem

¹⁴ Corresponde a personas que ejercen el comercio sexual y que están en control

¹⁵ Se ha detectado deficiencias en el registro de actividades por parte de los profesionales y técnicos de los establecimientos de salud por lo cual se considera que la información es parcial y no exacta

¹⁶ Corresponde a personas que ejercen el comercio sexual y que están en control

¹⁷ Se ha detectado deficiencias en el registro de actividades por parte de los profesionales y técnicos de los establecimientos de salud por lo cual se considera que la información es parcial y no exacta

¹⁸ Información reportada a CONASIDA por los Servicios de Salud

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	15. % de respuestas desde CONASIDA a solicitudes de establecimientos del sistema de salud público para inicio y cambio de TARV de acuerdo a Decreto GES vigente EFICACIA- PROCESO	(Nº de respuestas a solicitudes para inicio y cambio de TARV de acuerdo a Decreto GES vigente entregadas a establecimientos del sistema de salud públicos / Nº de solicitudes de inicio y cambio de TARV de establecimientos del sistema de salud públicos recibidas en el Programa)*100	Registros de CONASIDA	Existe disponibilidad de medicamentos antirretrovirales en el mercado.
	16. % Cumplimiento de Programa de control de stock de ARV en establecimientos del sistema de salud público con atención a PVVIH EFICIENCIA- PRODUCTO	(Nº de controles de stock realizados/Nº controles de stock programados)*100	Registro de despacho y recepción de las solicitudes de stock enviadas a los Servicios de salud desde CONASIDA	Se mantienen estables las condiciones políticas y presupuestarias
	17. % de personas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que reciben terapias antirretrovirales de acuerdo a Decreto GES vigente EFICACIA/PRODUCTO	(Nº de personas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que reciben TARV de acuerdo a Decreto GES vigente /Nº personas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que requieren terapias antirretrovirales de acuerdo a Decreto GES vigente)*100	Registros establecimientos de los Servicios de Salud	Existe disponibilidad de las terapias antirretrovirales en el mercado. Las PVVIH asisten a control
	18. % embarazadas VIH positivo beneficiarias del sistema público de salud que reciben terapias antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical de acuerdo a Decreto GES vigente EFICACIA/PRODUCTO	(Nº embarazadas VIH positivo beneficiarias del sistema público de salud que inician ¹⁹ TARV para la prevención de la transmisión vertical de acuerdo a Decreto GES vigente /Nº embarazadas VIH positivo beneficiarias del sistema público de salud que requieren iniciar terapias antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical de acuerdo a Decreto GES vigente)*100	Registros establecimientos de los Servicios de Salud	
	19. % Servicios de Salud que desarrollan iniciativas para adecuar Centros de Atención a personas viviendo con VIH a modelo de atención integral EFICACIA/ PRODUCTO	(Nº de Servicios de Salud que desarrollan iniciativas /proyectos para adecuación de Centros de Atención a personas viviendo con VIH a modelo de atención integral/Total de Servicios de Salud)*100	Informes de implementación de iniciativas/proyectos en centros de atención de los Servicios de Salud ²⁰	Los Servicios de Salud formulan proyectos de adecuación al Modelo de Atención. Existe compromiso de las autoridades de los Servicios de Salud para apoyar el desarrollo de los proyectos

¹⁹ Se especifica inicio ya que el término de la terapia para la prevención de la transmisión vertical puede ocurrir al año siguiente

²⁰ Proyectos financiados por "Proyecto aceleración y profundización de la respuesta nacional, intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia del VIH/SIDA en Chile."

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	<p>20. % de establecimientos de atención secundaria que cuentan con al menos el 90% de las horas de médico para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral</p> <p>EFICIENCIA/PROCESO</p>	<p>Nº de establecimientos de atención secundaria que cuentan con al menos el 90% de las horas <u>médico</u> para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral / Nº de establecimientos de atención secundaria que cuentan con horas médico para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral</p>	<p>Informes de diagnóstico de situación atención de personas viviendo con VIH/SIDA en Servicios de Salud del país</p>	
	<p>21. % de establecimientos de atención secundaria que cuentan con al menos el 90% de las horas profesionales de enfermera/matróna para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral</p> <p>EFICIENCIA/PROCESO</p>	<p>Nº de establecimientos de atención secundaria que cuentan con al menos el 90% de las horas profesionales <u>enfermera/matróna</u> para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral/ Nº de establecimientos de atención secundaria que cuentan con horas enfermera/matróna para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral</p>	<p>Informes de diagnóstico de situación atención de personas viviendo con VIH/SIDA en Servicios de Salud del país</p>	
	<p>22. % de cumplimiento cuantitativo del programa de tratamiento con ARV</p> <p>EFICACIA</p>	<p>(Nº de personas efectivamente tratadas con ARV en el programa año t / Nº personas programadas a tratar con ARV en el programa año t)*100</p>	<p>Registro de personas atendidas en la red pública que reciben tratamiento ARV, sistema administrado por CONASIDA</p>	
	<p>23. Rendimiento de los recursos asignados al Programa para el financiamiento de ARV.</p> <p>EFICIENCIA</p>	<p>(recursos asignados año t para ARV / Nº personas tratadas año t)</p>	<p>Registro de personas atendidas; Distribución de medicamentos ARV efectuado por CONASIDA; Compra y pago centralizada de Fármacos ARV a Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST). Recursos transferidos a los Servicios de Salud en el periodo</p>	
	<p>24. % de cumplimiento cuantitativo del programa de exámenes para control y seguimiento</p> <p>EFICACIA</p>	<p>(Nº de exámenes efectivamente realizados en el programa año t / Nº exámenes programados a realizar en el programa año t)*100</p>	<p>Reporte y registro de exámenes realizados por los laboratorios que efectúan los exámenes de carga viral, linfocitos y genotipos.</p>	

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	25. Rendimiento de los recursos asignados al Programa para el financiamiento de Exámenes (carga Viral, linfocitos) EFICIENCIA	(Recursos asignados año t para realización de exámenes de carga viral, linfocitos y genotipos / N° población en control año t)	Reporte y registro de exámenes realizados por los laboratorios que efectúan los exámenes de carga viral, linfocitos y genotipos y registro de personas atendidas en el programa	
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	26. % Normas para el manejo de las ITS actualizadas EFICACIA/PROCESO	(Nº de Normas para el manejo de las ITS actualizadas / Nº de Normas para el manejo de las ITS planificadas para ser actualizadas) *100	Documentos actualizados	
	27. Disponibilidad de medicamentos de acuerdo a Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual ²¹ en Centros de ITS (UNACESS) de establecimientos del nivel secundario de atención de los Servicios de Salud del país EFICACIA/PROCESO	Nº Establecimientos del nivel secundario que cuentan con Centro de ITS (UNACESS) que disponen de arsenal farmacológico de acuerdo a norma vigente/ Nº Establecimientos del nivel secundario que cuentan con Centros de ITS (UNACESS) totales)*100	Informe de levantamiento de información	
	28. Tasa de consultas por ITS en nivel secundario de atención por médico especialista EFICACIA/PRODUCTO	(Nº consultas por ITS en nivel secundario de atención por médico / Población beneficiaria de 15 y más años)*100	Resúmenes Estadísticos Mensuales, Departamento Estadísticas e Información de Salud, (DEIS) MINSAL.	
	29. Tasa de oferta de atenciones ²² en ITS por matrona o enfermera en nivel de atención secundario EFICACIA/PRODUCTO	(Nº Atenciones en ITS por matrona o enfermera nivel de atención secundario/ Población beneficiaria de 15 y más años)*100	Resúmenes Estadísticos Mensuales, Departamento Estadísticas e Información de Salud, (DEIS) MINSAL.	Los profesionales de los establecimientos de salud del sector público registran correctamente las actividades realizadas.
2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	30. Capacitación y asesoría técnica en VIH diseñada e implementada EFICACIA/PROCESO	(Nº de Servicios de Salud que cuentan con a lo menos 1 equipo profesional capacitado en VIH en año T/ Total de Servicios de Salud)*100	Informes y registros del programa de capacitación	Se mantienen estables las condiciones sanitarias, ambientales, políticas.
	31. Capacitación y asesoría técnica en ITS diseñada e implementada EFICACIA/PROCESO	(Nº de Servicios de Salud que cuentan con a lo menos 1 equipo profesional capacitado en ITS en año T/ Total de Servicios de Salud)*100	Informes y registros del programa de capacitación	Se mantienen estables las condiciones sanitarias, ambientales, políticas. Los equipos de salud asisten a la capacitación

²¹ El año 2008 se publica Norma que actualiza el arsenal farmacológico y se inicia proceso de difusión de la Norma a través de CONASIDA, SEREMIS y Servicios de Salud. Norma se implementa por los Servicios de Salud.

²² Atenciones consideran consultas, urgencias y consejerías

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

3. Vigilancia epidemiológica y estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda				
<i>Subcomponentes</i>	<i>Vigilancia epidemiológica y estudios</i>			
3.1. Seguimiento epidemiológico del VIH/SIDA realizado y difundido cuando corresponda.	32 % de casos confirmados por el Instituto de Salud Pública notificados al sistema de vigilancia epidemiológica del MINSAL EFICACIA - PRODUCTO	(Nº casos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica ²³ /casos confirmados como VIH+ por el Instituto de Salud Pública)* 100	Base de datos confirmación exámenes ISP Bases de datos del Departamento de Epidemiología y del Departamento de Estadísticas e Información de Salud Informes página web MINSAL	Servicios de Salud realizan notificaciones al sistema de vigilancia epidemiológica del MINSAL.
	33 Sistema de seguimiento clínico-epidemiológico diseñado e implementado EFICACIA/PROCESO	(Nº de sistemas de seguimiento clínico-epidemiológico diseñados e implementados / Sistemas de seguimiento clínico-epidemiológico planificados)*100	Informes de Estudio Cohorte iniciado en 2001	Se dispone de financiamiento en la Subsecretaría de Salud Pública para dar continuidad al Estudio de Cohorte iniciado en 2001. Existen oferentes en los procesos de licitación
3.2 Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda.	34 % Estudios ejecutados y difundidos cuando corresponda ²⁴ en año T EFICACIA/PROCESO	(Nº de estudios ejecutados y difundidos cuando corresponda/ Nº estudios ejecutados en año T)*100	Informe de ejecución Página Web MINSAL Publicación realizada	Existe disponibilidad presupuestaria para los estudios Se presentan oferentes a las licitaciones
4. Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida.	35 % de acuerdos y convenios activos con otros sectores del Estado EFICACIA - PRODUCTO	(Nº acuerdos y convenios activos con otros sectores del Estado / Total de acuerdos y convenios comprometidos con otros sectores del Estado)*100	Documentos de acuerdos y convenios Informes de ejecución de acuerdos y convenios	Existe voluntad política para realizar trabajo conjunto e implementar acciones por las instituciones asociadas al MINSAL
	36 % de cumplimiento de indicadores ²⁵ VIH/SIDA de los Objetivos de Desarrollo del Milenio EFICACIA/PRODUCTO	(Promedio del porcentaje de cumplimiento de indicadores VIH/SIDA de los Objetivos de Desarrollo del Milenio/ Nº de indicadores VIH/SIDA de los Objetivos de Desarrollo del Milenio)* 100	Documentos oficiales suscritos Informes de avance oficiales	Se mantienen estables las condiciones sanitarias, políticas y presupuestarias para el cumplimiento de los indicadores.

²³ Caso notificado al sistema de vigilancia epidemiológica es aquel que teniendo un resultado positivo confirmado por el Instituto de Salud Pública acudió a la citación e ingresó al sistema de atención, fue evaluado clínica, inmunológica y virológicamente lo que determinó que fuera "etapificado" y en consecuencia asignado a grupo VIH o SIDA y al protocolo de atención y seguimiento. Las personas tienen el derecho a decidir si acuden o no a la citación.

²⁴ No todos los estudios se difunden dado que algunos de ellos tienen como objetivo obtener información específica para que los técnicos apoyen el proceso de toma de decisiones

²⁵ Para efectos de la MML el programa construyó un indicador compuesto que integra en un solo valor al conjunto de los indicadores desagregados de los ODM.,

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	37 % del presupuesto del Programa proveniente de la cooperación internacional ECONOMÍA-PRODUCTO	(Presupuesto del Programa proveniente de la cooperación internacional/total presupuesto del programa)*100		

ACTIVIDADES				
Componente 1 Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva. Subcomponentes: 1.1 Campañas de Comunicación Social Educativa realizadas. 1.2 Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS 1.3 Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes 1.4 Disponibilidad de condones asegurada como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública de salud 1.5 Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas				
1.1.1.Análisis de antecedentes : epidemiológicos, sociocomportamentales, contexto político y sociocultural, información científica, evaluaciones de campañas previas				Se dispone oportunamente de la información epidemiológica, sociocomportamental, del contexto político y sociocultural, información científica y evaluaciones de campañas previas
1.1.2 Aprobación, disposición de recursos financieros y coordinación intraMINSAL.				Se mantienen estables las condiciones sanitarias, políticas y presupuestarias para la realización de la Campaña de Comunicación Social
1.1.3.Actos administrativos asociados a producción y emisión de campaña: elaboración términos de referencia, licitaciones)				Se cumplen los tiempos definidos en la cadena de producción.
1.1.4. Constitución de grupo de gestión y coordinación de campaña				
1.1.5. Elaboración “brief” y documentación				
1.1.6. Diseño preliminar				.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

1.1.7. Aprobación técnica piezas publicitarias				
1.1.8. Pre testeo población objetivo				Existen oferentes para realizar estudio pre – testeo
1.1.9. Aprobación propuesta post testeo				
1.1.10. Aprobación autoridades gubernamentales				Se mantienen estables las condiciones políticas y presupuestarias
1.1.11. Producción				Se cumplen los tiempos definidos en la cadena de producción
1.1.12. Elaboración y distribución de orientaciones técnicas a SEREMIS de Salud para desarrollo de campañas regionales de comunicación social en coherencia con el proceso a nivel central				
1.1.13. Emisión				Se mantienen estables las condiciones sanitarias, ambientales, políticas. No existen dificultades para la emisión de la campaña de comunicación masiva
1.1.14. Monitoreo y evaluación				Se cumplen los tiempos y actividades definidos en la cadena de producción

<i>1.2.1. Evaluación de situación epidemiológica y de vulnerabilidad frente al VIH e ITS en poblaciones vulnerables prioritarias y emergentes.</i>				Se mantienen estables las condiciones sanitarias, políticas y presupuestarias para el diseño y actualización de materiales educativos de difusión ciudadana sobre prevención.
<i>1.2.2. Elaboración y distribución de Orientaciones Técnicas anuales para la Respuesta Regional Integrada para la prevención del VIH y las ITS (RRIP)</i>				Se cuenta oportunamente con las orientaciones presupuestarias desde la Subsecretaría de Salud Pública y se dispone de información de la RRIP del año anterior.
<i>1.2.3. Elaboración propuesta técnica y presupuestaria de la RIPP, en el marco de Planes de Salud Pública de las SEREMIS</i>				SEREMIS se ajustan a Orientaciones Técnicas anuales para la Respuesta Regional Integrada para la prevención del VIH y las ITS (RRIP)
<i>1.2.4. Evaluación de propuestas o proyectos regionales presentados por regiones a la RRIP, por CONASIDA</i>				SEREMIS se ajustan a Orientaciones Técnicas anuales para la Respuesta Regional Integrada para la prevención del VIH y las ITS (RRIP)
<i>1.2.5. Distribución, de recursos financieros para ejecución de proyectos aprobados. (Proceso cambia en 2009)</i>				Desde la partida de la Subsecretaría de Salud Pública se cuenta con presupuesto para traspasar a las SEREMIs Las SEREMIs presentan proyectos para la prevención de la transmisión del VIH y las ITS en el marco de la RRIP de acuerdo a orientaciones técnicas del Programa.
<i>1.2.6. Implementación de proyectos aprobados en cada región.</i>				SEREMIS disponen de presupuesto
<i>1.2.7. Monitoreo de la ejecución de la RRIP</i>				CONASIDA dispone de plan y presupuesto para monitoreo
<i>1.2.8. Evaluación anual de la RRIP</i>				SEREMIS envían Informe solicitado
<i>1.2.9. Elaboración material educativo</i>				Se dispone de necesidades de información para la elaboración de material educativo
<i>1.2.10. Validación y ajuste de contenidos técnicos</i>				
<i>1.2.11. Licitación, diseño e impresión del material</i>				Se dispone de recursos financieros suficientes para elaboración, validación y difusión del material.
<i>1.2.12. Diseño material</i>				
<i>1.2.13. Impresión material</i>				
<i>1.2.14. Difusión</i>				

Consejería individual en VIH/SIDA e ITS cara a cara				
1.3.1. Diseño, validación y ajuste del Modelo de capacitación en consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención primaria del VIH e ITS, en base a Evaluación Nacional de Consejería (2004).				
1.3.2. Capacitación de formador de formadores en consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención primaria del VIH e ITS en las 15 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y 29 Servicios de Salud				
1.3.3. Elaboración y distribución de Orientaciones Técnicas para la Consejería en el marco de la Respuesta Regional Integrada de Prevención y las mesas regionales de consejería				
1.3.4. Informe Actualizado de la situación nacional de consejeros/as en prevención primaria del VIH e ITS en la red nacional del sistema público y diagnóstico de necesidades de capacitación				
1.3.5. Rediseño del Modelo de Formación Básica en Consejería, que diferencia aquella a asociada al examen de detección y aquella destinada a la prevención primaria del VIH.				
1.3.6. Elaboración y distribución de Orientaciones técnicas para la Capacitación descentralizada para la formación de personal capacitado en consejería en las Regiones con el Modelo rediseñado dentro del marco del plan de 90 días				
1.3.7. Evaluación de capacitación realizad, en el marco del Plan de 90 días.				SEREMIS informan capacitación realizada en el marco del Plan
Consejería individual en VIH/SIDA e ITS telefónica (FONOSIDA)				
1.3.8. Análisis y definición de incorporación de FONOSIDA al Servicio de Asistencia Remota del MINSAL (2006)				
1.3.9. Capacitación de profesionales enfermeras y matronas del Servicio de Asistencia Remota del MINSAL en VIH/SIDA e ITS				Los profesionales enfermeras y matronas del Servicio de Asistencia Remota del MINSAL asisten a la capacitación
1.3.10. Selección y Contratación de operadores				Se presentan postulantes al proceso. Se mantiene el financiamiento para el servicio FONOSIDA

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

1.3.11. Análisis anual de datos de ficha de registro de llamada en sistema de información MINSAL y análisis en períodos de emisión de campañas de comunicación social				
1.3.12. Control de calidad general del llamado por parte de CONASIDA				
1.3.13.. Reuniones técnicas trimestrales con operadores				
1.4.1. Estimación de requerimientos anuales de acuerdo a Norma ITS y necesidades estimadas de SEREMIS y Servicios de Salud.				Se mantienen estables las condiciones políticas y presupuestarias
1.4.2. Elaboración Plan de compras y Términos de referencia de acuerdo a presupuesto asignado y disponible por parte del MINSAL				Se cuenta con financiamiento para el Plan de Compras de condones (preservativos) y oferentes en los procesos de licitación
1.4.3. Gestiones con CENABAST para licitación y adjudicación de compra y control de calidad.	Cantidad de procesos de compra (T.D. y Licitaciones) en los plazos requeridos	(Nº de productos licitados en T.D en plazos requeridos./Nº total de productos solicitados a comprar)*100	Fechas de actas de recepción emitidas por CENABAST	CENABAST cumple con los procesos de compra y distribución. Existen oferentes en los procesos de licitación
1.4.4. Distribución de preservativos a SEREMIS y Servicios de Salud.	Distribución de preservativos a SEREMIS y S. de Salud en plazos definidos	(Nº de guías de despacho CENABAST-Proveedor recepcionadas en plazos definidos/Nº total de guías despacho generadas)	Guía de despacho con recepción conforme	CENABAST entrega información sobre despacho y recepción
1.4.5. Monitoreo de despacho y recepción	Distribución a los puntos requeridos			
1.4.6. Monitoreo de stock y necesidades de SEREMIS y S. de Salud				
1.5.1. Recolección de información sobre necesidades de capacitación en VIH/SIDA en: SEREMIS de Salud, Servicios de Salud y Centros de Atención de Personas viviendo con VIH e ITS(en Centros de Atención de ITS				Se dispone de información sobre necesidades de capacitación
1.5.2. Diseño de la capacitación (Componentes técnico y presupuestario)				Se dispone de información sobre necesidades de capacitación
1.5.3. Aprobación presupuesto y transferencia de recursos.				Se dispone de recursos financieros suficientes para la capacitación

1.5.4. Desarrollo del programa de capacitación				
1.5.5. Evaluación programa anual de capacitación				Se dispone de información solicitada para la evaluación
Componente 2. Atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS Subcomponentes: 2.1. Atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS 2.2 Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente 2.3 Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente 2.4 Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas				
2.1.1. Solicitud u oferta del examen de VIH al usuario/paciente y donante				
2.1.2 Firma de consentimiento informado				
2.1.3 Toma de la muestra				
2.1.4 Procesamiento de la muestra				
2.1.5 Confirmación del examen				
2.1.6 Realización de prueba de identidad (si es reactivo local)				
2.1.7 Entrega de resultado al usuario/paciente				
2.1.8 Realización de exámenes de tipificación				
2.1.9 Referencia a control y tratamiento				
Normas y guías clínicas para el manejo del VIH/SIDA				

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

2.2.1. Conformación de Grupo de Trabajo para elaboración de Normas y Guías Clínicas				Existe interés en expertos para participar del proceso
2.2.2. Recopilación y síntesis de evidencia				Se cuenta con evidencia científica suficiente
2.2.3. Análisis de información recolectada				
2.2.4. Elaboración de documento				Se dispone de documento preliminar
2.2.5. Validación y ajuste de contenidos técnicos				
2.2.6. Revisión jurídica				
2.2.7. Ajustes				
2.2.8. Elaboración Decreto				
2.2.9. Edición				
2.2.10. Publicación y difusión				
2.2.11. Proceso de aplicación de la norma o Guía Clínica				
2.2.12. Evaluación de la norma o Guía Clínica				
Disponibilidad de Antirretrovirales en el sistema público de salud				
2.2.13. Estimación de requerimientos anuales de acuerdo a decreto GES				Se dispone de información local sobre atención de pacientes
2.2.14. Valoración de requerimientos anuales de medicamentos.	MINSAL - FONASA			Se dispone de precios actualizados
2.2.15. Aprobación y disposición del presupuesto anual	MINSAL - FONASA			Se aprueba presupuesto solicitado
2.2.16. Elaboración del Plan de Compra	MINSAL			Se dispone de información y proyecciones de necesidades para cumplimiento garantías GES
2.1.17. Solicitud de compra ARV de MINSAL a FONASA				Se cumplen los tiempos definidos en la cadena de producción.
2.2.18. Gestión de FONASA para solicitud de compra de ARV por CENABAST	FONASA		Recepción de orden de compra por parte de CENABAST	Se cumplen los tiempos definidos en la cadena de producción.
2.2.19. Compra de ARV por CENABAST (licitación, evaluación de propuestas, adjudicación, orden de compra)	Nº de productos adjudicados y con orden de compra	(Nº de productos adjudicados y con orden de compra/nº total de productos requeridos a compra)	Sistema mercado publico	Se cumplen los tiempos definidos en la cadena de producción.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

2.2.20. Recepción de ARV(importación, desaduanaje, control de calidad, certificación, uso y destino, reacondicionamiento, verificación cumplimiento propuestas técnica, acta de recepción)	Cantidad de productos recepcionados y con acta de recepción, respecto de la cantidad de productos adjudicados y con orden de compra	Nº de productos recepcionados/Nº total de productos adjudicados y con orden de compra)*100	Actas de recepción emitidas por CENABAST	Se cumplen los tiempos definidos en la cadena de producción.
		Nº de productos recepcionados en fecha según bases/Nº total de productos recepcionados)*100	Guía de recepción cenabast (gem)- acta de recepción o certificación	
2.2.21. Plan de Distribución ARV a establecimientos	MINSAL			Se cumplen los tiempos definidos en la cadena de producción.
2.2.22.Distribución ARV a establecimientos	MINSAL – CENABAST – proveedor Cantidad de productos despachados por establecimiento	Nº de productos por establecimiento despachados y con guía de recepción conforme/Nº total de productos por establecimiento solicitados a despacho)*100	Documento de solicitud de despacho. guías de despacho proveedor y CENABAST con recepción conforme del establecimiento	
		Nº de productos por establecimiento despachados y con guía de recepción conforme en los “5 días hábiles” desde la solicitud de despacho/Nº total de productos por establecimiento despachado y con guía de recepción conforme)*100	Guías de despacho proveedor y CENABAST con recepción conforme del establecimiento	
2.2.23.Recepción ARV en establecimientos de salud	S.S. - MINSAL			Servicios de Salud envían información de recepción
2.2.24. Informe de recepción de ARV	S.S. -MINSAL			

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

2.2.25. Pago de ARV por CENABAST (recepción guías de despacho, presentación facturas y guías de despacho, control de distribución v/s guías de despacho, solicitud transferencia recursos financieros de FONASA a CENABAST, gestión de mandatos S. de Salud a Subsecretario de Redes, transferencia recursos financieros de FONASA a CENABAST, pago)	CENABAST Informe a FONASA de facturación mensual a servicios de salud, para transferencia de fondos	(Monto (\$) transferidos por fonasa/Monto total (\$)) facturado por cenabast)*100	Informe mensual de facturación de CENABAST a FONASA Orden de validación de los SS. a FONASA	FONASA transfiere recursos financieros oportunamente a CENABAST
Programa de control de Stock de ARV en establecimientos del sistema de público de salud con atención a PVVIH				
2.2.26. Solicitud de informe bimensual de stock de ARV				Servicios de Salud envían información oportunamente
2.2.27. Elaboración de informe bimensual de stock de ARV				Se dispone de la información local para elaborar Informe
2.2.28. Recepción de informe bimensual de stock de ARV				Se dispone de medios tecnológicos en buen funcionamiento
2.2.29. Análisis de informe bimensual de stock de ARV, control de stock y redistribución entre establecimientos de la red de Servicios de Salud				Se dispone de la información nacional para elaborar Informe
Respuestas desde CONASIDA a solicitudes de establecimientos del sistema de salud público para inicio y cambio de TARV de acuerdo a Decreto GES vigente				
2.2.30. Indicación de tratamiento				
2.2.31. Solicitud inicio o cambio de tratamiento				
2.2.32. Evaluación del comité técnico asesor de solicitud de inicio o cambio de tratamiento y sugerencia de esquema terapéutico				
2.2.33. Envío sugerencia de esquema terapéutico desde CONASIDA a establecimiento de salud solicitante				
2.2.34. Recepción por establecimiento de salud de sugerencia de esquema terapéutico				
2.2.35. Dispensación de ARV según esquema terapéutico				

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

2.2.36. Monitoreo y evaluación para medir adecuación de Centros de Atención a PVVIH al Modelo de Atención Integral				
2.2.37. Diseño técnico y presupuestario de Estudio Cohorte pacientes VIH positivo				
Normas y guías clínicas para el manejo de las ITS				
2.3.1. Recolección de información y búsqueda de evidencia para elaboración Normas ITS				
2.3.2. Análisis de información recolectada				
2.3.3. Elaboración documento				
2.3.4. Validación y ajuste de contenidos técnicos				
2.3.5. Revisión Departamento Asesoría Jurídica.				
2.3.6. Elaboración Decreto				
2.3.7. Edición				
2.3.8. Difusión				
2.3.9. Proceso aplicación de la NOrma				
2.3.10. Evaluación de la Norma				
Capacitación				
2.4.1. Recolección de información sobre necesidades de capacitación en VIH/SIDA en: Servicios de Salud y Centros de Atención de Personas viviendo con VIH e ITS en Centros de Atención de ITS				
2.4.2. Diseño Programa de Capacitación (Componentes técnico y presupuestario)				
2.4.3. Aprobación presupuesto y transferencia de recursos				
2.4.4. Desarrollo del programa de capacitación				
2.4.5. Evaluación programa anual de capacitación				
Componente 3 Vigilancia epidemiológica y estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda SC 3.1 Seguimiento epidemiológico del VIH/SIDA realizado y difundido cuando corresponda. SC3.2 Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda				
3.1.1. Realización de Notificación epidemiológica por médicos tratantes de los niveles locales públicos y privados de Establecimientos de Salud				Servicios de Salud y sector privado realizan notificaciones al sistema de vigilancia epidemiológica del MINSAL.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

3.1.2. Realización por parte de SEREMI de Salud <i>Control de calidad de datos de las notificaciones epidemiológicas</i>				Existen competencia técnicas para la realización de la actividad. La actividad se realiza en forma periódica
3.1.3. Realización por parte de SEREMIS de Salud y Departamento de Epidemiología del MINSAL: <i>Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de los datos provenientes de las notificaciones epidemiológicas</i>				Existen competencia técnicas para la realización de la actividad. La actividad se realiza en forma periódica
3.1.4. Elaboración y difusión de Informes Epidemiológico por el Departamento de Epidemiología del MINSAL				Existen competencia técnicas para la realización de la actividad. La actividad se realiza en forma periódica
3.1.5. Utilización de la información epidemiológica por parte de CONASIDA para decisiones y formulación estrategias.				Se dispone de información oportunamente
3.1.6. Monitoreo de las acciones de vigilancia por parte de SEREMI de Salud y Departamento de Epidemiología del MINSAL				Se dispone de un sistema y un plan de monitoreo periódico
3.1.7. Definición de representante o análisis de documentos, producción y elaboración de informes técnico-políticos				Existe voluntad política y financiamiento para participar en las redes internacionales
3.2.1. Diseño del estudio y elaboración de presupuesto				
3.2.2. Aprobación técnica del Estudio y aprobación presupuestaria				
3.2.3. Licitación del Estudio				
3.2.4. Adjudicación licitación, elaboración y firma de convenios				
3.2.5. Implementación del Estudio				
3.2.6. Elaboración informe final del Estudio				
3.2.7. Difusión				
Actividades Componente 4				
4.1 Definición de representante y elaboración de convenios con otros sectores gubernamentales o sociedad civil				Existe voluntad política y financiamiento para participar en las redes internacionales
4.2. Coordinación para trabajo conjunto				
4.3. Análisis y definición técnico y política de áreas de trabajo en el tema				
4.4. Elaboración propuesta de acuerdo o convenio				
4.5. Aprobación de propuesta de acuerdo o convenio				
4.6. Monitoreo ejecución de acuerdos y convenios				

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

4.7. Participación de la Sociedad Civil en elaboración de diagnósticos regionales del VIH e ITS , focalización y definición de las líneas estrategias de trabajo para la prevención Grupal Comunitaria en el Contexto de la Respuesta Regional Integrada (RRIP).				
4.8. Postulación de organizaciones de Sociedad Civil con competencias en prevención, y/o con experiencia de trabajo, conocimientos y competencias con la población focalizada, de manera asociativa.a licitaciones convocadas por las Seremis de Salud.en el contexto de la RRIP.				
4.9. Ejecución de Proyectos regionales para la Prevención del VIH y las ITS, por Organizaciones Sociales que se adjudican licitaciones en el contexto de la RRIP				
4.10 Elaboración de informes técnico-políticos				
4.11. Difusión de resultados				
4.12. Definición de representante o análisis de documentos, producción y elaboración de informes técnico-políticos				Existe voluntad política y financiamiento para participar en las redes internacionales
4.13. Participación en Comisiones VIH/SIDA: MERCOSUR, ORAS-CONHU, Grupo temático ONUSIDA, UNGASS (considera participación en reuniones)				
4.14. Elaboración Informes técnico – políticos periódicos para compromisos Agencias de Naciones Unidas: Metas de Desarrollo del Milenio UNGASS Consejo Directivo OPS Asamblea Mundial de la Salud				Se dispone de información para elaborar informes y pronunciamiento de la autoridad política en relación a propuestas
4.15. Coordinación para trabajo conjunto				Existe voluntad política y financiamiento para participar en las redes internacionales
4.16. Análisis y definición técnico y política de áreas de trabajo en el tema				Se dispone de información y pronunciamiento de la autoridad política en relación a propuestas.
4.17. Elaboración propuesta de acuerdo o convenio				
4.18. Aprobación de propuesta de acuerdo o convenio				
4.19. Monitoreo ejecución de acuerdos y convenios				

ANEXO 1(b)
MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN (PERÍODO 2006-2009)

NOMBRE PROGRAMA: Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

AÑO DE INICIO: 1990

MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud

SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Organismos Autónomos del Ministerio de Salud: Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública, Central Nacional de Abastecimiento, Superintendencia de Salud. Comisión Nacional del SIDA. Departamento Comisión Nacional del SIDA.

OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Desarrollar un Plan Nacional de Salud Pública, a través de acciones de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas, que integren las estrategias del sector a nivel nacional, regional y comunal para la protección y fomento de la salud, con mejores condiciones de vida, prevención de riesgos ambientales y de enfermedades transmisibles y no transmisibles en concordancia con los avances alcanzados en los objetivos sanitarios de la década e incorporando el enfoque de Equidad y determinantes sociales.

PRODUCTOS ESTRATÉGICOS **PRINCIPALES A LOS QUE SE VINCULA EL PROGRAMA:** Plan Nacional de Salud Pública; Acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria; Garantías Explícitas en Salud (GES); Planificación, desarrollo y gestión de personas que laboran en el sector salud; Acciones de salud en establecimientos de atención primaria; Acciones en establecimientos de segundo nivel; Régimen General de Garantías en Salud; Gestión financiera; Servicios de intermediación para la compra de fármacos, dispositivos y equipos médicos, alimentos y servicios; Programa de Referencia; Programa de Vigilancia; Fiscalización; Regulación.

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		2006	2007	2008	2009
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo				
FIN: Contribuir a mantener y mejorar la salud de la población.						
PROPOSITO: Disminuir la transmisión y la	1. Incidencia anual de VIH EFICACIA/Resultado Final	(Nº de personas notificadas ¹ con VIH/Población del año estimada INE)*100.000	4,7 765/16.432.674	4,3 712/16.598.074	5,0 831/16.763.470	6,9 1168/16.928.873

¹ Se refiere a las notificaciones realizadas por los profesionales de salud al sistema de vigilancia epidemiológica del MINSAL en concordancia con el Decreto Supremo N° 158 de 2004 del Ministerio de Salud.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

morbimortalidad asociadas al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a otros agentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).	2. Incidencia anual de SIDA EFICACIA/Resultado Final	(Nº de personas notificadas ² con SIDA/Población del año estimada INE)*100.000	2,5 416/16.432.674	3,6 595/16.598.074	4,1 694/16.763.470	4,8³ 812/16.928.873
	3. Incidencia anual de Sífilis EFICACIA/Resultado Final	(Nº de personas notificadas ⁴ con Sífilis/Población del año estimada INE)*100.000	18.2 2.975/16.432.674	17.9 2.966/16.598.074	18,6 3.118/16.763.470	18.8⁵ 3.176/16.928.873
	4. Incidencia anual de Gonorrea EFICACIA/Resultado Final	(Nº de personas notificadas ⁶ con Gonorrea/Población del año estimada INE)*100.000	7,9 1.294/16.432.674	7,6 1.258/16.598.074	6,1 1.018/16.763.470	6,0⁷ 1.023/16.928.873
	5. Mortalidad por SIDA EFICACIA/Resultado Final	(Nº de defunciones por SIDA/población general del año estimada)*100.000	2.6 (422/16.432.674)* 100.000	2.4 (392/16.598.074) *100.000	S/I	S/I
	6. Tasa sífilis congénita EFICACIA/Resultado Final	(Nº de Recién Nacidos Vivos (RNV) ⁸ notificados con sífilis congénita/Total RNV)*1.000	0.22 59/243.322	0.29 67/228.644	0.30 68/227.855	No disponible ⁹ ,
	7. Tasa de transmisión vertical VIH-SIDA EFICACIA/Resultado Final	(Nº de Recién Nacidos Vivos(RNV) VIH positivos hijos de madre VIH positivo/Total de RNV hijos de madres VIH positivo)*100	2.5 4/159	3.5 5/143	2.6 4/153	4.0 6/149
	8. Sobrevida de Personas viviendo con VIH (PVVIH) a 36 meses de Terapia Antirretroviral (TARV) EFICACIA/Resultado Final	Nº de PVVIH vivas y en TARV a 36 meses de iniciado TARV/ Nº Total de PVVIH que iniciaron TARV en el periodo estudiado	Línea base 2005: 85% ^a	91.2 %	90.9%	No medida
	9. % de ejecución presupuestaria del programa. ECONOMIA/Proceso	Presupuesto ejecutado por el programa/ Presupuesto asignado al Programa desde la Partida 16 ⁱ¹⁰	60,4	41,5	44,7	112
	10. Porcentaje de la población encuestada ¹¹ con conocimiento adecuado ¹² del VIH/SIDA EFICACIA/RESULTADO INTERMEDIO	(Número de personas encuestadas con conocimientos adecuados de VIH / SIDA / Total de personas encuestadas)*100	No medido	57.9 2576/4450	No medido	82.1 4938/6012

2 Ídem

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

4 Ídem

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

6 Ídem

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

8 INE no ha publicado el número de RN corregidos

9 Informes Evaluación Estudio Impacto de TARV, años 2006, 2007 y 2008, que entrega proporciones sin detallar números absolutos.

¹⁰ Partida 16 corresponde al presupuesto del Ministerio de Salud incluyendo todas sus instituciones

¹¹ Corresponde a un estudio poblacional, realizado en jóvenes de 15 a 29 años. El diseño asegura representatividad a través de muestreo estratificado y polietápico por región, con distribución al azar de todas las otras variables de segmentación de la muestra y con distribución de residencia (urbano/rural) proporcional al interior de cada región.

¹² Conocimiento adecuado se define como: el porcentaje de población (general o específica que se haya definido) que identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y rechaza las ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	11. Porcentaje de uso del condón en la iniciación sexual EFICACIA/RESULTADO INTERMEDIO	(Nº de personas encuestadas que declara uso de condón en la iniciación sexual / Nº total de personas encuestadas iniciadas sexualmente)*100	46.1% 701.602/1.521.936	No medido	No medido	49,1% 960.595/ 1.956.245
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.						
Subcomponentes Estrategias de prevención						
1.1.Campañas de Comunicación Social Educativa realizadas.	12. % de campañas de comunicación social realizadas EFICACIA-PRODUCTO	(Nº campañas realizadas /Nº campañas programadas)* 100	100% 1/1	100% 1/1	100% 1/1	100% 1/1
	13. % de recordación total ¹³ de la campaña EFICACIA/PROCESO	(Nº de personas que recuerdan la campaña/Nº Total de personas encuestadas)*100	85% 1.374/1.616	67% 1.126/1.680	No medido	56% 1.042/1.860
	14. % Ejecución presupuestaria de Campaña de Comunicación Social año T ECONOMIA/PROCESO	(Total del presupuesto ejecutado desde el Programa en año T, en la Campaña de comunicación Social / Total del presupuesto asignado en año T para la Campaña de Comunicación Social)*100	98,8% 476.671/482.452	96,4% 461.076/ 478.443	22.9% 100.608/ 440.065	155,3% 709.295/ 456.750

¹³ Recordación total: Recuerdo espontáneo más recuerdo ayudado

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

1.2. Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS	15. % de SEREMIS que ejecutan proyectos para prevención de la transmisión del VIH/SIDA y las ITS en el marco de la Respuesta Regional integrada de Prevención del VIH/SIDA y las ITS (RRIP), de acuerdo a orientaciones técnicas del Programa EFICACIA/PROCESO	(Nº de SEREMIS que ejecutan proyectos para prevención de la transmisión del VIH y las ITS en el marco de la Respuesta Regional integrada de Prevención (RRIP)de acuerdo a orientaciones técnicas del Programa /Total de SEREMIS)*100	13/13 100%	12/13 92,3%	15/15 100%	14/15 93,3%
1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes	16. Tasa de Consejerías realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud EFICACIA-PRODUCTO	(Nº Consejerías realizadas en red de establecimientos de los Servicios de Salud / población 15 a 49 años ¹⁴ beneficiaria del sector de salud público) *10.000 habitantes.	215.0 126.285/ 5.873.345	309.0 185.214/ 5.994.701	302.5 190.311/ 6.290.537	343.1 222.675/ 6.491.007
1.4. Disponibilidad de condones asegurada como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública de salud	17. % de condones distribuidos para PVVIH en control, personas que ejercen el comercio sexual en control y consultantes de ITS según orientaciones técnicas ¹⁵ en año T EFICACIA-PRODUCTO	(Nº de condones distribuidos para PVVIH en control, personas que ejercen el comercio sexual en control y consultantes de ITS en año T / Nº total de condones necesarios según orientaciones técnicas en año T *100	38,3% (937.552/ 2.449.936)	56,5% (1.252.624/2.2 17.416)	6,3% ¹⁶ (388.996/6.17 4.800)	14,1% (982.307/ 6.962.4000)
	18. % Ejecución presupuestaria de presupuesto asignado al Programa para compra de condones (preservativos) en año T ECONOMIA-PROCESO	(Total del presupuesto ejecutado en año T en la compra de condones (preservativos) / Total del presupuesto asignado en año T desde la partida de la Subsecretaría de Salud para compra de condones)*100	6,2% 3.446/ 55.317	161,4% 124.227/ 77.000	61,7% 72.572/ 117.578	117,8% 141.400/ 120.000
1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	19. % de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que cuentan con Encargado de VIH/SIDA e ITS capacitado en año T EFICACIA/PRODUCTO	(Nº de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que cuentan con Encargado de VIH/SIDA e ITS capacitado en año T/ Total Secretarías Regionales Ministeriales de Salud)*100	100% 13/13	100% 13/13	0/15 ¹⁷	100% 15/15

¹⁴ El indicador se construye para la población de 15 a 49 años porque es la población a la que se orienta el componente, es la población que utiliza la consejería y es el tramo etario que concentra la epidemia.

¹⁵ Orientaciones años 2006. Orientación Técnica vigente año 2007 : Oficio B22/Nº 2708, octubre 2007; año 2008 y 2009: Norma de manejo y tratamiento ITS, Decreto Exento Nº 424 de julio de 2008

¹⁶ Orientación Técnica vigente, Oficio B22/Nº 2708, octubre 2007

¹⁷ El año 2008 se crea la Región de Los Ríos XIV, y Arica Parinacota XV.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada						
Subcomponentes de atención integral						
2.1. Atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	20. Tasa de realización del examen de detección de VIH en embarazadas beneficiarias del sector público de salud EFICACIA/PROCESO	(Nº de exámenes de detección de VIH en embarazadas beneficiarias /Nº total de embarazadas beneficiarias ingresadas a control en año t)*100	51.1 89.748/175.784	58.2 114.022/ 196.033	68.7 139.282/ 202.729	72.0 144.772/ 200.958
	21. Tasa de realización del examen de detección de sífilis en embarazadas beneficiarias del sector público EFICACIA/PROCESO	(Nº de exámenes de detección de sífilis en embarazadas beneficiarias del sector público /Nº total de embarazadas beneficiarias ingresadas a control en año t)*100	2.4 428.665/ 175.784	2.5 496.448/ 196.033	2.4 491.986/ 202.729	2.4 477.475/ 200.958
	22. Tasa de realización de exámenes de detección de VIH en personas en control de salud sexual ¹⁸ EFICACIA/PROCESO	(Nº exámenes de detección de VIH totales anuales en personas en control de salud sexual / Nº personas en control de salud sexual)*100	1.2 16.063/ 13.288	1.3 13.382/ 10.006	1.2 11.190/9.097	1.1 9.757/ 9.085
	23. Tasa realización de exámenes de detección de sífilis en personas en control de salud sexual ¹⁹ EFICACIA/RESULTADO INTERMEDIO	(Nº exámenes de detección de sífilis (VDRL) totales anuales en personas en control de salud sexual / Nº personas en control de salud sexual)*100	1.7 22.874/ 13.288	2.2 21.880/ 10.006	2.2 19.664/ 9.097	2.0 18.578/ 9.085
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	24. % Normas y Guías Clínicas para el manejo del VIH/SIDA actualizadas EFICACIA/PRODUCTO	(Nº de Normas y Guías Clínicas para el manejo del VIH/SIDA actualizadas / Nº de Normas y Guías Clínicas para el manejo del VIH/SIDA planificadas para ser actualizadas) *100	N/A ²⁰	N/A ²¹	50% (1/2)	100% (1/1)

¹⁸ Corresponde a personas que ejercen el comercio sexual y que están en control

¹⁹ Corresponde a personas que ejercen el comercio sexual y que están en control

²⁰ No Aplica ya que no estaba planificada la actualización, ya que estaban vigentes los documentos del año 2005.

²¹ No Aplica ya que no estaba planificada la actualización, ya que estaban vigentes los documentos del año 2005

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	25. % PVVIH en TARV del total de PVVIH en control activo en establecimientos del nivel secundario de atención de los Servicios de Salud del país EFICACIA- PROCESO	(Nº PVVIH en control y tratamiento antirretroviral en establecimientos del nivel secundario de atención de los Servicios de Salud del país/ Total PVVIH en control en nivel secundario de atención de los Servicios de Salud del país)*100	71.4 7.782/ 10.901	75.8 8.978/ 11.848	75.4 9.554/ 12.681	79.3 11.262/ 14.196
	26. % de respuestas desde CONASIDA a solicitudes de establecimientos del sistema de salud público para inicio y cambio de TARV de acuerdo a Decreto GES vigente EFICACIA- PROCESO	(Nº de respuestas a solicitudes para inicio y cambio de TARV de acuerdo a Decreto GES vigente entregadas a establecimientos del sistema de salud públicos / Nº de solicitudes de inicio y cambio de TARV de establecimientos del sistema de salud públicos recibidas en el Programa)*100	100% 2521/2521	100% 2766/2766	100% 3138/3138	96,2% 3628/3770
	27. % Cumplimiento de Programa de control de stock de ARV en establecimientos del sistema de salud público con atención a PVVIH EFICIENCIA- PRODUCTO	(Nº de controles de stock realizados/Nº controles de stock programados)*100	100 6/6	100 6/6	100 6/6	100 6/6
	28. % de personas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que reciben terapias antirretrovirales de acuerdo a Decreto GES vigente EFICACIA/PRODUCTO	(Nº de personas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que reciben TARV de acuerdo a Decreto GES vigente /Nº personas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que requieren terapias antirretrovirales de acuerdo a Decreto GES vigente)*100	Registros establecimientos de los Servicios de Salud			
	29. % embarazadas VIH positivo beneficiarias del sistema público de salud que reciben terapias antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical de acuerdo a Decreto GES vigente EFICACIA/PRODUCTO	(Nº embarazadas VIH positivo beneficiarias del sistema público de salud que inician ²² TARV para la prevención de la transmisión vertical de acuerdo a Decreto GES vigente /Nº embarazadas VIH positivo beneficiarias del sistema público de salud que requieren iniciar terapias antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical de acuerdo a Decreto GES vigente)*100	Registros establecimientos de los Servicios de Salud			

²² Se especifica inicio ya que el término de la terapia para la prevención de la transmisión vertical puede ocurrir al año siguiente

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	30. % Servicios de Salud que desarrollan iniciativas para adecuar Centros de Atención a personas viviendo con VIH a modelo de atención integral EFICACIA/ PRODUCTO	(Nº de Servicios de Salud que desarrollan iniciativas /proyectos para adecuación de Centros de Atención a personas viviendo con VIH a modelo de atención integral/Total de Servicios de Salud)*100	26/26 ²³	8/26 ²⁴	N/A	N/A
	31. % de establecimientos de atención secundaria que cuentan con al menos el 90% de las horas de médico para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral EFICIENCIA/PROCESO	Nº de establecimientos de atención secundaria que cuentan con al menos el 90% de las horas <u>médico</u> para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral / Nº de establecimientos de atención secundaria que cuentan con horas médico para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral	No medido	45,5 10/2225	No medido	42.4 14/33
	32. % de establecimientos de atención secundaria que cuentan con al menos el 90% de las horas profesionales de enfermera/matróna para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral EFICIENCIA/PROCESO	Nº de establecimientos de atención secundaria que cuentan con al menos el 90% de las horas profesionales <u>enfermera/matróna</u> para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral/ Nº de establecimientos de atención secundaria que cuentan con horas enfermera/matróna para la atención ambulatoria de PVVIH de acuerdo a modelo de atención integral	No medido	46,2 12/2626	No medido	39.4 13/33
	33. % de cumplimiento cuantitativo del programa de tratamiento con ARV EFICACIA	(Nº de personas efectivamente tratadas con ARV en el programa año t / Nº personas programadas a tratar con ARV en el programa año t)*100				

²³ De los 28 Servicios de Salud existentes los años 2006 y 2007, 26 contaban con Centros de Atención para PVVIH, los otros dos Servicios (Arauco y Araucanía Norte) derivaban a los Servicios de Salud con Centros más cercanos (Concepción y Araucanía Sur)

²⁴ Corresponden a Servicios de Salud que continuaban ejecutando iniciativas, los otros S. de Salud habían finalizado.

²⁵ El año 2007 se realizó una Encuesta autoaplicada de monitoreo sobre la gestión de la atención integral a PVVIH en los a los Centros de Atención de los Servicios de Salud. Dado que la presentación de los datos no permitía comparar la medición realizada el año 2009, se trabajó las Bases de datos de la Encuesta. Para la obtención de los datos del año 2007 se solicitó a lo 32 Centros existentes contestar la Encuesta, de ellos respondieron 26. El análisis para el recurso humano médico se hace sobre 22 Centros, se excluyen 4 Centros cuyos datos no estaban registrados o no eran consistentes para este análisis.

²⁶ El año 2007 se realizó una Encuesta autoaplicada de monitoreo sobre la gestión de la atención integral a PVVIH en los a los Centros de Atención de los Servicios de Salud. Dado que la presentación de los datos no permitía comparar la medición realizada el año 2009, se trabajó las Bases de datos de la Encuesta. Para la obtención de los del año 2007 se solicitó a lo 32 Centros existentes contestar la Encuesta, de ellos respondieron 26. El análisis sobre el recurso humano matrona/enfermera se realiza sobre los 26 Centros

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	34. Rendimiento de los recursos asignados al Programa para el financiamiento de ARV. EFICIENCIA	(recursos asignados año t para ARV / Nº personas tratadas año t)				
	35. % de cumplimiento cuantitativo del programa de exámenes para control y seguimiento EFICACIA	(Nº de exámenes efectivamente realizados en el programa año t / Nº exámenes programados a realizar en el programa año t)*100				
	36. Rendimiento de los recursos asignados al Programa para el financiamiento de Exámenes (carga Viral, linfocitos) EFICIENCIA	(Recursos asignados año t para realización de exámenes de carga viral, linfocitos y genotipos / Nº población en control año t)				
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	37. % Normas para el manejo de las ITS actualizadas EFICACIA/PROCESO	(Nº de Normas para el manejo de las ITS actualizadas / Nº de Normas para el manejo de las ITS planificadas para ser actualizadas) *100	N/A	N/A	100% 1/1	N/A
	38. Disponibilidad de medicamentos de acuerdo a Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual ²⁷ en Centros de ITS (UNACESS) de establecimientos del nivel secundario de atención de los Servicios de Salud del país EFICACIA/PROCESO	Nº Establecimientos del nivel secundario que cuentan con Centro de ITS (UNACESS) que disponen de arsenal farmacológico de acuerdo a norma vigente/ Nº Establecimientos del nivel secundario que cuentan con Centros de ITS (UNACESS) totales)*100	71,4% 25/35	N/A	N/A ²⁸	N/A
	39. Tasa de consultas por ITS en nivel secundario de atención por médico especialista EFICACIA/PRODUCTO	(Nº consultas por ITS en nivel secundario de atención por médico / Población beneficiaria de 15 y más años)*100	81.6 47.913/ 5.873.345	74.7 44.787/ 5.994.701	73.6 46.277/ 6.290.537	74.5 48.363/ 6.491.007
	40. Tasa de oferta de atenciones ²⁹ en ITS por matrona o enfermera en nivel de atención secundario EFICACIA/PRODUCTO	(Nº Atenciones en ITS por matrona o enfermera nivel de atención secundario/ Población beneficiaria de 15 y más años)*100	115.2 67.683/ 5.873.345 (ITS+VIH)	114 68.540/ 5.994.701	97.3 61.207/ 6.290.537	47 30.307/ 6.491.007

²⁷ El año 2008 se publica Norma que actualiza el arsenal farmacológico y se inicia proceso de difusión de la Norma a través de CONASIDA, SEREMIS y Servicios de Salud. Norma se implementa por los Servicios de Salud.

²⁸ El año 2008 se publica Norma que actualiza el arsenal farmacológico. Se inicia proceso de difusión de la Norma a través de CONASIDA, las SEREMIS y Servicios de Salud e implementación de ésta por los S. de Salud.

²⁹ Atenciones consideran consultas, urgencias y consejerías

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	41. Capacitación y asesoría técnica en VIH diseñada e implementada EFICACIA/PROCESO	(Nº de Servicios de Salud que cuentan con a lo menos 1 equipo profesional capacitado en VIH en año T/ Total de Servicios de Salud)*100	100% 28/28	100% 28/28	29/29 ³⁰	100% 29/29
	42. Capacitación y asesoría técnica en ITS diseñada e implementada EFICACIA/PROCESO	(Nº de Servicios de Salud que cuentan con a lo menos 1 equipo profesional capacitado en ITS en año T/ Total de Servicios de Salud)*100	96,4% (27/28)	78,6% 22/28	100% (29/29)	100% (29/29)
3. Vigilancia epidemiológica y estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda						
<i>Subcomponentes</i> Vigilancia epidemiológica y estudios						
3.1. Seguimiento epidemiológico del VIH/SIDA realizado y difundido cuando corresponda.	43. % de casos confirmados por el Instituto de Salud Pública notificados al sistema de vigilancia epidemiológica del MINSAL EFICACIA - PRODUCTO	(Nº casos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica ³¹ / casos confirmados como VIH+ por el Instituto de Salud Pública año T) * 100	48,4 1182/2423	45,9 1315/2863	50,7 1576/3107	67,6 2095/3098
	44. Sistema de seguimiento clínico-epidemiológico diseñado e implementado ³² EFICACIA/PROCESO	(Nº de sistemas de seguimiento clínico-epidemiológico diseñados e implementados / Sistemas de seguimiento clínico-epidemiológico planificados)*100	100 1/1	100 1/1	100 1/1	0/1 ³³
3.2 Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos cuando corresponda.	45. % Estudios ejecutados y difundidos cuando corresponda ³⁴ en año T EFICACIA/PROCESO	(Nº de estudios ejecutados y difundidos cuando corresponda/ Nº estudios ejecutados en año T)*100	71,4 % 10/14	90% 9/10	100% 7/7	0/1 ³⁵
4. Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida.	46. % de acuerdos y convenios activos con otros sectores del Estado EFICACIA - PRODUCTO	(Nº acuerdos y convenios activos con otros sectores del Estado / Total de acuerdos y convenios comprometidos con otros sectores del Estado)*100	4/4 100%	4/4 100%	4/4 100%	4/4 100%

³⁰ El año 2008 se crea el Servicio de Salud de Chiloé

³¹ Caso notificado al sistema de vigilancia epidemiológica es aquel que teniendo un resultado positivo confirmado por el Instituto de Salud Pública acudió a la citación e ingresó al sistema de atención, fue evaluado clínica, inmunológica y virológicamente lo que determinó que fuera "etapificado" y en consecuencia asignado a grupo VIH o SIDA y al protocolo de atención y seguimiento. Las personas tienen el derecho a decidir si acuden o no a la citación

³² Se refiere al Estudio de Cohorte de personas en Tratamiento Antirretroviral en el país.

³³ En la actualidad (2010) se desarrolla proceso de licitación para la implementación del seguimiento correspondiente al año 2009.

³⁴ No todos los estudios se difunden dado que algunos de ellos tienen como objetivo obtener información específica para que los técnicos apoyen el proceso de toma de decisiones

³⁵ Estudio en proceso de revisión.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	36. % de cumplimiento de indicadores ³⁶ VIH/SIDA de los Objetivos de Desarrollo del Milenio EFICACIA/PRODUCTO	(Promedio del porcentaje de cumplimiento de indicadores VIH/SIDA de los Objetivos de Desarrollo del Milenio/ N° de indicadores VIH/SIDA de los Objetivos de Desarrollo del Milenio)* 100	72,9% ³⁷ 100+92.2+73.3+ 52+47 ³⁸	N/A	N/A	N/A
	37. % del presupuesto del Programa proveniente de la cooperación internacional ECONOMÍA-PRODUCTO	(Presupuesto del Programa proveniente de la cooperación internacional/total presupuesto del programa)*100	En procesamiento	En procesamiento	0	0

Indicador Indicadores Mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio 1990 2000 Meta 2015 Meta 7	1990	2000 (Datos 1º Informe nacional, publicado en 2006)	(datos 2º Informe nacional, publicado en 2008)	% cumplimiento	Meta 2015
1. Prevalencia de VIH en embarazadas, a nivel nacional ⁱ	S/I	0,05	0,05 (2005)	100	0,05
2a. Uso de preservativos por jóvenes de 15-24 años (en iniciación sexual) ⁱ	S/I	18,0%	46,1 % (2005)	92,2	50,0%
2b. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA	S/I	35,0%	70% (2006)	73,7	95,0%
2c. Disponibilidad de preservativos en población de 15 – 49 años (Nº de condones importados/Población de 15 – 49 años)	S/I	1,7	2,6 (2005)	52	5,0
3. Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años ⁱ	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
Indicadores Adicionales Objetivos de Desarrollo del Milenio 1990 2000 Meta 2015 Meta 7 - Meta 8					
8. Mortalidad por SIDA (100.000 habitantes)	0,5	3,0	2,4 (2005)	47%	1,7

³⁶ Para efectos de la MML el programa construyó un indicador compuesto que integra en un solo valor al conjunto de los indicadores desagregados de los ODM..

³⁷ Informes bianuales, la información se coloca en el año 2006 ya que es la que se indica en el Informe del año 2008, disponible en: <http://www.pnud.cl/odm/segundo-informe/MDGR%20Chile%202008.PDF>

³⁸ Ver Cuadro Indicadores Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas

ANEXO 2

I Información de la Institución Responsable del Programa Período 2006-2009 (en miles de pesos año 2010)

1.1 Presupuesto y Gasto Devengado de la Institución Responsable del Programa

Cuadro N°1			
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado de la Institución Responsable del Programa			
(en miles de pesos año 2010)			
AÑO 2006	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	32,706,709	38,541,434	118%
Bienes y Servicios de Consumo	14,868,864	23,316,886	157%
Inversión	321,896	864,618	269%
Transferencias	63,097,340	59,717,521	95%
Otros (Identificar) Servicio de la deuda	3,513	706,867	20121%
Otros (Identificar) Saldo final de caja	5,410	1	0%
TOTAL	111,003,732	123,147,328	111%
AÑO 2007	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	36,001,271	42,123,886	117%
Bienes y Servicios de Consumo	22,195,349	25,468,858	115%
Inversión	1,154,062	1,735,158	150%
Transferencias	65,269,424	69,548,814	107%
Otros (Identificar) Prestaciones de Seguridad Social	4,609,550	3,737,330	81%
Otros (Identificar) Iniciativas de Inversión	1	2,375,811	237581144%
Otros (Identificar) Servicio de la deuda	3,366	3,282,595	97522%
Otros (Identificar) Saldo final de caja	5,184	1	0%
TOTAL	129,238,206	148,272,454	115%
AÑO 2008	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	38,658,467	45,696,343	118%
Bienes y Servicios de Consumo	21,785,557	21,763,956	100%
Inversión	1,795,221	1,581,257	88%
Transferencias	63,703,182	77,843,466	122%
Otros (Identificar) Prestaciones de Seguridad Social	3,760,554	4,200,311	112%
Otros (Identificar) Iniciativas de Inversión	1	61,157	6115735%
Otros (Identificar) Servicio de la deuda	3,096	4,289,526	138551%
Otros (Identificar) Saldo final de caja	4,768	1	0%
TOTAL	129,710,847	155,436,017	120%
AÑO 2009	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	42,535,359	53,506,929	126%
Bienes y Servicios de Consumo	22,907,641	27,368,652	119%
Inversión	1,100,490	2,818,358	256%
Transferencias	70,701,659	90,373,883	128%
Otros (Identificar) Prestaciones	3,927,921	5,073,175	129%

de Seguridad Social			
Otros (Identificar) Iniciativas de Inversión	1	503,132	50313246%
Otros (Identificar) Servicio de la deuda	3,045	4,931,216	161945%
Otros (Identificar) Saldo final de caja	4,689	1	0%
TOTAL	141,180,806	184,575,345	131%

Fuente: Ley de Presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública Inicial del año y ejecución de gasto al 31 de diciembre del sistema de información para la gestión financiera del estado - SIGFE. Ejecución mayor al presupuesto ya que no considera presupuesto final

NOTA: En Iniciativas de Inversión no tiene presupuesto inicial por ley de presupuesto, sin embargo se solicita modificación presupuestaria al Ministerio de Hacienda en el transcurso del año

AÑO 2010	Presupuesto Inicial
Personal	45,341,596
Bienes y Servicios de Consumo	24,680,427
Inversión	1,237,299
Transferencias	88,281,069
Otros (Identificar) Prestaciones de Seguridad Social	125,042,997
Otros (Identificar) Servicio de la deuda	3,000
Otros (Identificar) Saldo final de caja	4,620
TOTAL	284,591,008

Fuente: Ley de Presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública Inicial del año

II. Información Específica del Programa, Período 2006-2009 (en miles de pesos año 2010)

2.1 Fuentes de Financiamiento del Programa.

Cuadro N°2 Fuentes de Financiamiento del Programa (en miles de pesos año 2010)											
Fuentes de Financiamientos	2006		2007		2008		2009		2010		Var 2006- 2009 %
	Monto	%									
1. Presupuestarias	1.194.812	1	1.225.727	1	1.496.039	1	1.438.370	1	1.431.217	1	0
1.1 Asignación Esp. al Programa	974.228	1	966.133	1	956.069	1	889.455	1	890.414	1	0
1.2 Asig. Institit. Responsable (item 21, 22 y 29)	220.584	0	259.623	0	539.969	0	548.914	0	540.802	0	1
1.3 Aporte en presupuesto otras Inst. Públicas	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
2. Extra presupuestarias	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
2.1 otras fuentes, sector privado	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
aportes benef., Org. Internacs, etc.											
Total	1.194.812		1.225.727		1.496.039		1.438.370		1.431.217		0

Nota 1: Presupuesto 2010 en 1.1 se consideró campaña M\$450.000, M\$120.000, M\$160.414, monto asignado al programa en DIPRECE. Asimismo, se consideró una suma de M\$160.000 correspondiente a lo solicitado por las SEREMIS para VIH e ITS en el marco de los planes regionales de salud Pública.

Nota 2: Presupuesto 2010 en 1.2 se consideró la continuidad de cargos del año 2009

II. Información Específica del Programa, Período 2006-2009 (en miles de pesos año 2010)

A. Información del Programa asociada a recursos provenientes de asignación específica al Programa

2.2 Información Presupuestaria del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable

Cuadro N°3 Porcentaje del Presupuesto Inicial del Programa en relación al Presupuesto Inicial del Servicio Responsable (en miles de pesos año 2010)			
Año	Presupuesto Inicial de la Institución Responsable	Presupuesto Inicial del Programa	%
			Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2006	111,003,732	1,194,811	0
2007	129,238,206	1,225,756	0
2008	129,710,847	1,496,039	0
2009	141,180,806	1,438,369	0
2010	284,591,008	1,431,216	0

Nota1: en año 2009 incluye plan 90 días.
NOTA 2 : Presupuesto 2010 en 1.1 se considera campaña M\$450.000, M\$120.000 y M\$ 160.414 monto asignado al Programa en DIPRECE. Asimismo, se ha considerado una suma de M\$ 160.000 correspondiente a lo solicitado por las SEREMIS para VIH e ITS en el marco de los Planes Regionales de Salud Pública.
NOTA 3: Presupuesto 2010 en 1.2 se consideró la continuidad de cargos del año 2009

II. Información Específica del Programa, Período 2006-2009 (en miles de pesos año 2010)

2.3 Presupuesto inicial y gasto devengado del Presupuesto.

Cuadro N°4 Presupuesto Inicial y Gasto Devengado (en miles de pesos)			
AÑO 2006	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal (1)	94.558	94.558	100
Bienes y Servicios de Consumo	1.100.253	914.800	83
Inversión	1	0	0
Otros (Identificar)	1	0	0
Total	1.194.813	1.009.359	84

Fuente: Presupuesto en subtítulo 22 es de acuerdo a la Ley de presupuesto asignado al programa y el gasto de acuerdo al sistema de información para la gestión financiera del estado – SIGFE
(1) RRHH Nivel Central: 8 cargos profesionales y técnicos/administrativos

AÑO 2007	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal (1)	138.871	138.871	100%

Bienes y Servicios de Consumo	1.086.885	1.024.420	94%
Inversión	1	0	0%
Otros (Identificar)	1	0	0%
Total	1.225.758	1.163.291	95%

Fuente: Presupuesto en subtítulo 22 es de acuerdo a la Ley de presupuesto asignado al programa y el gasto de acuerdo al sistema de información para la gestión financiera del estado - SIGFE

(1) RRHH Nivel Central: 11 cargos profesionales y técnicos/administrativos

AÑO 2008	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal (1)	305.730	305.730	100%
Bienes y Servicios de Consumo	1.146.237	752.068	66%
Inversión	44.071	44.071	100%
Otros (Identificar)	1	0	0%
Total	1.496.039	1.101.868	74%

Fuente: Ministerio de Hacienda aprueba 16 cargos para subtítulo 21, el Presupuesto en subtítulo 22 es de acuerdo a la Ley de presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública asignado al programa y el gasto de acuerdo al sistema de información para la gestión financiera del estado - SIGFE

(1) RRHH Nivel Central y regional: 16 cargos profesionales y técnicos/administrativos nivel central y 16 cargos nivel regional

AÑO 2009	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal (3)	445.823	445.823	100%
Bienes y Servicios de Consumo	963.111	1.226.437	127%
Transferencias Corrientes	1	9.451	945067%
Inversión	29.435	26.943	92%
Otros (Identificar)	1	0	0%
Total	1.438.371	1.708.653	119%

Fuente: Presupuesto de acuerdo a Ley asignado al programa y el gasto de acuerdo al sistema de información para la gestión financiera del estado - SIGFE. Incluye presupuesto inicial y gasto de Plan 90 días VIH.

NOTA 1: En Transferencias Corrientes no viene apertura en ppto inicial, sin embargo se solicita modificación presupuestaria al Ministerio de Hacienda en el transcurso del año para envío de recursos a Servicios de Salud

NOTA 2: El gasto en Bienes y servicios de consumo incorpora gastos realizados con Saldo Inicial de Caja para pago campaña y preservativos año 2008.

(3):RRHH Nivel Central y regional: 18 cargos profesionales y técnicos/administrativos nivel central y 16 cargos nivel regional.

AÑO 2010	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	415.234		
Bienes y Servicios de Consumo	1.015.982	Incorpora ppto y gasto operacional regiones y nivel central	
Inversión	1		
Otros (Identificar)	1		
Total	1.431.218		

Nota: Presupuesto 2010, incluye en subtítulo 21 continuidad de RRHH, en subtítulo 22 campaña comunicacional, condones, asignación al Programa en DIPRECE. Asimismo, se ha considerado una suma de M\$ 160.000 correspondiente a lo solicitado por las SEREMIS para VIH e ITS en el marco de los Planes Regionales de Salud Pública.

II. Información Específica del Programa, Período 2006-2009 (en miles de pesos año 2010)

B. Información Específica del Programa asociada a todos los recursos con que cuenta el Programa

2.4 Gasto Total del Programa

Cuadro N°5 Gasto Total del Programa (en miles de pesos año 2010)			
AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del Programa
2006	1,001,747	1	1,001,748
2007	1,163,291	1	1,163,292
2008	1,101,868	1	1,101,869
2009	1,708,653	1	1,708,654

Fuente: Sistema de información para la gestión financiera del estado

NOTA 1: No existe otra fuente de financiamiento de acuerdo a lo indicado por Control de Gestión y CONASIDA

NOTA 2: Año 2009 incorpora gastos realizados con Saldo Inicial de Caja para pago campaña y preservativos año 2008.

II. Información Específica del Programa, Período 2006-2009 (en miles de pesos año 2010)

2.5 Gasto Total del Programa, desagregado por ítem

Cuadro N°6 Gasto Total del Programa, desagregado por ítem (en miles de pesos año 2010)		
AÑO 2006	Gasto Total del Programa	%
Personal	94,558	0
Bienes y Servicios de Consumo	907,189	1
Inversión		0
Otros (Identificar)		0
Total	1,001,747	1
AÑO 2007	Gasto Total del Programa	%
Personal	138,871	0
Bienes y Servicios de Consumo	1,024,420	1
Inversión		0
Otros (Identificar)		0
Total	1,163,291	1
AÑO 2008	Gasto Total del Programa	%
Personal	305,730	0
Bienes y Servicios de Consumo	752,068	1
Inversión	44,071	0
Otros (Identificar)		0
Total	1,101,868	1
AÑO 2009	Gasto Total del Programa	%
Personal	445,823	0
Bienes y Servicios de Consumo	1,226,437	1
Inversión	26,943	0
Otros (Identificar) Transferencias Corrientes	9,451	0
Total	1,708,653	1

Fuente: Gasto proporcionado del Sistema de información para la gestión financiera del estado SIGFE, Año 2009 incluye gasto de Plan 90 días VIH.

II. Información Específica del Programa, Período 2006-2009 (en miles de pesos año 2010)

2.7 Gasto de Administración del Programa y Gastos de Producción de los Componentes del Programa.

Cuadro N°8			
Gastos de Administración y Gastos de Producción de los Componentes del Programa (en miles de pesos año 2010)			
AÑO	Gastos de Administración	Gastos de Producción de los Componentes	Total Gasto del Programa
2006	126,025	875,722	1,001,747
2007	120,752	1,042,539	1,163,291
2008	190,169	911,700	1,101,868
2009	123,392	1,585,261	1,708,653

Fuente: Gasto proporcionado del Sistema de información para la gestión financiera del estado – SIGFE

NOTA: Incluye gasto de producción para subtítulo 21, 22 y 29

ANEXO 3

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO								
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA					RECOMENDACIONES ¹
Nombre Programa	Producto Estratégico Asociado ¿Aplica Enfoque de Género? (PMG)	Objetivo del Programa	¿Corresponde incorporación Enfoque de Género en el Programa según evaluación?	¿Se debió incorporar en definición de población objetivo?	¿Se debió incorporar en definición de propósito o componente?	¿Se debió incorporar en provisión del servicio?	¿Se debió incorporar en la formulación de indicadores?	El Programa debiera incorporar sistemáticamente entre los indicadores socio-comportamentales, tales como uso de condón, separadamente a hombres y mujeres.
				¿Se incorpora?	¿Se incorpora?	¿Se incorpora?	¿Se incorpora?	
				Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoria -mente / Insatisfactoria-mente	
Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y	Plan Nacional de Salud Pública; Acciones de Rectoría y Regulación Sanitaria; Garantías Explícitas en Salud	Disminuir la transmisión y la morbi-mortalidad asociada al Virus de Inmunodeficiencia	Sí; corresponde. La epidemiología del VIH/SIDA y las ITS indica que las mujeres se encuentran implicadas en la epidemia por diversas razones, entre otras por condiciones de	Sí	Sí	Sí	Sí	
				Sí	Sí	Sí	Sí	

¹ Sobre la base del análisis de género realizado, el Panel deberá proponer, en caso que corresponda, recomendaciones para mejorar la incorporación del enfoque de género en el Programa. Luego se debe incorporar dichas recomendaciones en el Capítulo de Recomendaciones del Informe Final.

las ITS	(GES); Acciones de salud en establecimientos de atención primaria; Acciones en establecimientos de segundo nivel; Régimen General de Garantías en Salud.	humana (VIH) y a otros agentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).	vulnerabilidad individual, social, económica y política que las exponen de modos específicos, así como por las consecuencias de pauperización, discriminación y empeoramiento de su calidad de vida.. Además, las mujeres se encuentran biológicamente implicadas en la transmisión a sus hijos/as en la situación de embarazo y nacimiento. La prevención de la transmisión reside principalmente en las prácticas sexuales, lo que implica que la gestión del riesgo en el caso de las mujeres requiere hacerse cargo por parte del Programa de las condiciones de subordinación de las mujeres en las relaciones de pareja, y en general en los intercambios sexuales.	Satisfactoriamente	Satisfactoriamente	Satisfactoriamente	Satisfactoriamente

ANEXO COMPLEMENTARIO 1
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL
PROGRAMA NACIONAL DE SIDA

Comisión Nacional del SIDA
Junio de 2009

I. INTRODUCCIÓN

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

CONASIDA utiliza la planificación estratégica para el diseño y elaboración de sus planes anuales de trabajo, de acuerdo con el escenario nacional y mundial.

II.- MISIÓN DE CONASIDA

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

III.-PRINCIPIOS ETICOS ORIENTADORES

Tanto las políticas como las estrategias del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, se sostienen en un conjunto de principios éticos que rigen todo el accionar de la Comisión. Estos principios de ética universal, enfocados en el bienestar humano, se han elegido, entendiendo que las propuestas, lineamientos y orientaciones técnicas que se disponen para abordar la epidemia del VIH/SIDA y ITS, pueden tener repercusión, directa e indirecta en la vida de las personas.

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

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

IV.- 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.

Intersectorialidad

Promueve el trabajo y las iniciativas con otros Ministerios o Servicios de la administración del Estado (Educación; Justicia; Servicio Nacional de la Mujer; Ministerio de Planificación Nacional a través del Instituto Nacional de la Juventud; del Interior por intermedio del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes), con Gobiernos Regionales, Municipalidades, con otros organismos del Estado, instituciones públicas y privadas, centros académicos, ONG y organizaciones comunitarias.

Descentralización

Los compromisos de gestión con las Autoridades Sanitarias Regionales, los recursos compartidos, la formulación y ejecución de proyectos locales, la asignación de fondos a través de proyectos concursables, son medios que apuntan a crear capacidad de gestión y responder más directamente a las necesidades locales. Una forma de descentralización se expresa en los Planes Regionales de Prevención coordinados por las Secretarías Regional Ministerial de Salud (SEREMI) en cada Región adecuados a las realidades epidemiológicas y culturales locales.

Equidad

Se promueve la equidad en el acceso a los servicios e iniciativas de prevención y acceso a medidas terapéuticas y la distribución de recursos se realiza conforme a criterios tales como: vulnerabilidad, impacto socio-económico de la epidemia, evolución epidemiológica de la enfermedad. La orientación de los determinantes sociales en Salud permite orientar el trabajo con el fin de disminuir las barreras de acceso a la oferta de servicios públicos y privados (red social).

V.- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE CONASIDA

- Fortalecer la rectoría y regulación de la prevención y atención del VIH/SIDA y las ITS, mediante la actualización de normativas, el monitoreo de la implementación de los modelos de atención en las Redes Asistenciales y la evaluación de sus resultados.
- Promover el diagnóstico, la atención biosicosocial y tratamiento oportuno, de calidad y no discriminatorio, entre los usuarios y prestadores, para contribuir a la adherencia a las prestaciones de salud, la disminución de la morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA e ITS.
- Liderar el desarrollo, ejecución y evaluación participativa en todos los niveles de la estrategia nacional de prevención para disminuir la transmisión del VIH/SIDA y la ITS.
- D
esarrollar capacidades y competencias en la Autoridad Sanitaria y en la Red Asistencial para mejorar la implementación integral del programa.
- Mejorar continuamente los procesos y recursos humanos, tecnológicos y financieros, para gestionar el programa con eficiencia y calidad.

Para hacer frente al impacto social e individual que la epidemia VIH/SIDA tiene en nuestro país, CONASIDA ha desarrollado una estrategia de Atención Integral a las personas que viven con el

VIH/SIDA (PVVIH), en el Sistema Público de Salud que se implementa en todas las regiones. Su propósito es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la sobrevida de dichas personas.

CONASIDA ha propuesto un Modelo de Atención Integral para la atención de salud a las personas que viven con VIH/SIDA, el cual considera una visión integral del ser humano, en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, incorporando los avances de la investigación científica para dar respuesta a los requerimientos asociados a la calidad de vida de las PVVIH.

Este modelo es implementado a nivel local por los equipos profesionales de atención a las personas que viven con VIH (PVVIH) de los Servicios de Salud. Los aspectos psicosociales vinculados a las PVVIH se implementan en coordinación con otras instituciones del Estado y organizaciones sociales que trabajan en el tema.

Considera, además, los principios de integración y no discriminación social a las personas que viven con VIH como un componente fundamental para avanzar hacia la reinserción social de las PVVIH y en la construcción conjunta y participativa de la respuesta nacional al VIH/SIDA

VI.- ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN INTEGRAL

- Elaboración, actualización y difusión del Modelo de Atención Integral, de Guías Clínicas, Protocolos y Normas para la atención de Personas que Viven con VIH/SIDA.
- Promoción de la atención en salud a PVVIH por equipos profesionales multidisciplinarios en los Centros de Atención de Personas que Viven con VIH/SIDA, dependientes de los Servicios de Salud Pública.
- P rovisión de tratamientos Antiretrovirales, profilaxis y tratamiento de Infecciones Oportunistas, según protocolos actualizados, y tratamiento de reacciones adversas provocadas por Antiretrovirales (ARV).
- Favorecer la capacidad resolutiva diagnóstica y de monitoreo de la evolución clínica.
- Prevención de la Transmisión Vertical (de madre a hijo/a) del VIH.
- Consejería de apoyo al autocuidado, adherencia a tratamientos antiretrovirales y prevención secundaria.
- Promoción del apoyo psicosocial y no discriminación a las Personas que Viven con VIH/SIDA.
- Fomento de la Participación Social de las Personas que Viven con VIH/SIDA.
- P romoción de estudios e información científica nacional relacionada con la atención integral de Personas que Viven con VIH/SIDA.
- Capacitación periódica a los equipos de salud.

VII.- SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH.

El Sistema de Salud Pública cuenta con Centros de Atención a Personas que viven con VIH (adultos y niños) en los Servicios de Salud. Estos Centros de Atención se encuentran en los CDT, CAE o CET¹. En cada uno de esos Centros existe un equipo interdisciplinario encargado

¹ CDT: Centro de diagnóstico terapéutico. CAE: Consultorio Adosado de Especialidades. CET: Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual. Policlínicos adosados a Hospitales tipo 4.

de la recepción, diagnóstico, tratamiento y atención continua de los consultantes. Los requisitos generales para que las personas puedan ingresar a los programas de estos Centros de Atención son:

- Ser beneficiario(a) del Sistema Público de Salud (FONASA o PRAIS²).
- Residir en el sector correspondiente al Servicio de Salud en que se solicita atención, acreditado por Certificado de Residencia o estar inscrito en el establecimiento.
- Tener un diagnóstico serológico VIH+, confirmado por el Instituto de Salud Pública.

R

VIII.- ACCESO A LAS TERAPIAS ANTIRETROVIRALES (TARV) EN CHILE.

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

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

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

Las toxicidades provocadas por los antiretrovirales, requieren de tratamientos específicos, para ello. Desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA) se envía en forma semestral, recursos financieros para que cada centro de atención adquiera directamente los medicamentos para tratar las reacciones adversas causadas por las terapias.

² FONASA: Fondo Nacional de Salud. PRAIS: Programa de Reparación en Atención Integral en Salud y Derechos Humanos.

IX.- REGIMEN DE GARANTIAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES.

En julio de 2005 entró en vigencia la Ley Nº 19.966 de Garantías Explícitas en Salud. El acceso a tratamiento antirretroviral (TARV) es uno de los problemas prioritarios considerados en dicha Ley, que garantiza:

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

Esta Ley es aplicable para los beneficiarios de FONASA y las ISAPRES.

X.- PROTOCOLO DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PARA PERSONAS ADULTAS QUE VIVEN CON VIH.

El tratamiento de las personas adultas VIH/SIDA en Chile, se encuentra protocolizado en la Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH/SIDA, la cual establece los siguientes criterios:

- Esquemas de primera línea, para personas sin tratamiento previo, y/o sin fracasos previos
- Esquemas de rescate para personas para personas que requieren cambio de TARV por fracaso virológico previo.

Los cambios de tratamiento por fracaso virológico se realizan previo examen de Genotipificación para evaluar resistencia a los ARV.

XI.- PROTOCOLO DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA.

El tratamiento de los niños y niñas con VIH/SIDA en Chile, se encuentra protocolizado en la Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH/SIDA,, la cual establece los siguientes criterios:

- Esquemas de primera línea, para personas sin tratamiento previo, y/o sin fracasos previos
- Esquemas de rescate de rescate, para personas que requieren cambio de TARV por fracaso virológico previo.

Los cambios de tratamiento por fracaso virológico se realizan previo examen de Genotipificación para evaluar resistencia a los ARV.

Las dosis de los medicamentos en niños/as dependen de la edad, peso y superficie corporal.

XII.- PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL.

La Ley 19.996, establece entre las Metas de Cobertura de Medicina Preventiva, la oferta del Test de Elisa a las embarazadas en control, con consejería y consentimiento informado.

En forma complementaria, la Norma de Prevención de Transmisión Vertical del VIH (Nº 81, aprobada por Resolución Exenta Nº 622 del 17.10.2005), establece el protocolo de Prevención de Transmisión Vertical que se aplica a las embarazadas que resultaran VIH (+) y considera tratamiento en tres fases, a saber:

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

El tratamiento para Prevención de Transmisión Vertical, está garantizado por GES.

La Norma considera la oferta del Test de Elisa para VIH a las embarazadas a más tardar en el 2º control de embarazo y del Test Rápido para usar en maternidades en aquellas mujeres que no controlaron su embarazo. Las embarazadas que resultaran VIH (+), confirmadas por el Instituto de Salud Pública (ISP), deben continuar sus controles de embarazo en Alto Riesgo Obstétrico (ARO), además, deben iniciar atención por la patología VIH en el Centro de Atención Integral de PVVIH. La vía de resolución del parto es a través de cesárea electiva. Siempre se debe suspender la lactancia materna y reemplazar la alimentación del recién nacido por alimentación complementaria. Desde FONASA se transfieren recursos financieros para la compra de los reactivos para Test de Elisa, Test Rápidos y sustitutos de leche materna.

XIII.- EXAMENES DE MONITOREO

En GES también se considera el acceso y protección financiera para los exámenes de linfocitos totales y CD4/CD3/CD8, determinación de carga viral y test de genotipificación.

El examen de linfocitos totales y CD4/CD3/CD8 se utiliza como criterio de inicio de tratamiento y para evaluar el compromiso e impacto inmunológico de las TARV. Se realiza en forma centralizada en laboratorio de inmunología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y en el laboratorio de inmunología de la Pontificia Universidad Católica de la Santísima Concepción

El examen de carga viral permite evaluar el compromiso virológico y fracaso de tratamiento antiretroviral. Se realiza en el laboratorio de biología molecular del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en el laboratorio de biología molecular de la Pontificia Universidad Católica de la Santísima Concepción, en el laboratorio de biología molecular del Hospital Lucio Córdoba, en el laboratorio de biología molecular de la Universidad de Valparaíso y en el Instituto de Salud Pública

El Test de Genotipificación se utiliza para evaluar resistencia de los antiretrovirales, se realiza en el laboratorio de biología molecular del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

XIV.- INFECCIONES OPORTUNISTAS.

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

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

XV.- APOYO PSICOSOCIAL A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH.

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

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

Estas situaciones, que vulneran sistemáticamente la calidad de vida de quienes viven con VIH, demandan intervenciones personalizadas, grupales y/o sociales que posibiliten la contención emocional, el manejo de información actualizada y la implementación de conductas de autocuidado.

Los servicios de apoyo psicosocial pueden ser obtenidos en los Centros de Atención Hospitalaria a PVVIH que cuentan con personal de salud capacitado en Consejería en VIH/SIDA y con profesionales psicólogos y asistentes sociales. Las actividades desarrolladas por estos/as profesionales permiten una atención personalizada para la identificación de conflictos psicológicos y sociales relevantes que se asocian al VIH/SIDA. También es posible el desarrollo de habilidades, personales y grupales, para la implementación de soluciones que se relacionan, entre otros temas, con el diagnóstico y su comunicación voluntaria; los tratamientos y las exigencias de una alta adherencia; las relaciones de pareja y la prevención secundaria; el cuidado de los hijos; la integración en ámbitos educacionales y laborales, así como el ejercicio de los derechos ciudadanos, en general.

1.- Proyecto de Consejería Asociativa para el autocuidado, adherencia a tratamientos antirretrovirales y prevención secundaria del VIH/SIDA:

Considera la implementación de un programa local, diseñado entre el equipo de salud y las agrupaciones de PVVIH, que permita el acceso a Consejería por los profesionales de salud y entre pares, en los Centros de Atención participantes.

A través de esta estrategia se busca facilitar el acceso de las personas que viven con VIH a información actualizada, apoyo emocional y estrategias para mantenerse adherentes a los tratamientos antiretrovirales así como para potenciar el uso correcto y sostenido del condón.

Con el objetivo de facilitar la prevención de ETS/ITS así como la reinfección por VIH, CONASIDA compra y distribuye periódicamente a los Servicios de Salud y Agrupaciones de PVVIH condones masculinos y lubricante a base de agua.

2.- Proyecto de Asociatividad para la integración social de las PVVIH en los ámbitos escolar y laboral:

Se ejecuta un fondo de iniciativas regionales coordinadas por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) y agrupaciones de PVVIH, con participación de las SEREMIS de Educación, del Trabajo y Previsión Social y de Gobierno.

Cada región postula un proyecto anual para disminuir la discriminación a las personas que viven con VIH que es monitoreado y evaluado por una Mesa de Trabajo Nacional integrada por los Ministerios de Salud (CONASIDA), de Educación y del Trabajo, VIVO POSITIVO y la División de Organizaciones Sociales.

3.- Proyecto de Fomento del liderazgo y participación social de Mujeres que viven con VIH:

Se ha desarrollado a través de diversas estrategias y acciones con participación de mujeres de las organizaciones que integran la red de VIVO POSITIVO, tales como fondos de iniciativas regionales en relación a la Salud Sexual y Reproductiva y Derechos (2004), Encuentro Nacional de Mujeres que viven con VIH (2005) y cursos de capacitación en liderazgo ciudadano y Género (2005 -2006).

SERVICIOS DE SALUD QUE CUENTAN CON UN EQUIPO PROFESIONAL PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH(PVVIH)	
SERVICIOS DE SALUD	ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS CON EQUIPOS DE ATENCIÓN A PPVIH.
- Servicio de Salud Arica	Hospital Juan Noé de Arica <i>Dirección: 18 de Septiembre 1000.</i>
- Servicio de Salud Iquique	Hospital de Iquique <i>Dirección: Héroes de la Concepción 502.</i>
- Servicio de Salud Antofagasta	Hospital de Antofagasta <i>Dirección: Av. Argentina 1962.</i> Hospital de Calama <i>Dirección: Dr. Carlos Cisterna s/n.</i>
- Servicio de Salud Atacama	Hospital de Copiapó <i>Dirección: O'Higgins esq. Vicuña s/n.</i>
- Servicio de Salud Coquimbo	Hospital San Pablo de Coquimbo. <i>Dirección: Av. Videla s/n.</i> Hospital San Juan de Dios de La Serena. <i>Dirección: Balmaceda 916.</i>
- Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.	Hospital Van Büren <i>Dirección: San Ignacio 725, esquina Colón.</i>
- Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota	Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar. <i>Dirección: Alvarez 1532.</i>
- Servicio de Salud Aconcagua	Hospital San Camilo de San Felipe. <i>Dirección: Miraflores 2085.</i> Hospital San Juan de Dios de Los Andes. <i>Dirección: Av. Argentina 315</i>
- Servicio de Salud O'Higgins	Hospital de Rancagua <i>Dirección: Alameda 611.</i>
- Servicio de Salud Maule	Hospital de Talca <i>Dirección: 1 Norte 1990.</i> Hospital de Curicó. <i>Dirección: Chacabuco 121.</i> Hospital de Linares. <i>Dirección: Brasil 753.</i>
- Servicio de Salud Ñuble	Hospital Herminda Martín de Chillán. <i>Dirección: Francisco Ramírez 10.</i>
- Servicio de Salud Concepción	Hospital Regional de Concepción. <i>Dirección: San Martín 1436.</i>
- Servicio de Salud Talcahuano	Hospital Las Higueras <i>Dirección: Alto Horno 777.</i>
- Servicio de Salud Bío Bío	CDT Hospital de Los Angeles. <i>Dirección: Av. Ricardo Vicuña 147.</i>
- Servicio de Salud Araucanía Sur	Hospital de Temuco. <i>Dirección: Manuel Montt 115.</i>
- Servicio de Salud Valdivia	Hospital Base de Valdivia. <i>Dirección: Santiago Bueras 1003.</i>
- Servicios de Salud Osorno	Hospital de Osorno <i>Dirección: Av. Guillermo Buhler 1765.</i>
- Servicio de Salud Reloncaví	Hospital de Puerto Montt.

	<i>Dirección: Seminario s/n.</i>
- Servicio de Salud Chiloé	Hospital de Castro <i>Dirección: Freire 852</i>
- Servicio de Salud Aysén	Hospital de Coyhaique. <i>Dirección: Dr. Ibar 068.</i>
- Servicio de Salud Magallanes	Hospital de Punta Arenas <i>Dirección: Angamos 180.</i>
- Servicio de Salud Metropolitano Norte (Región Metropolitana).	CDT. Dra. Eloísa Díaz. (Adultos). <i>Dirección: Av. Zañartu Nº 1085, Independencia.</i> Hospital Dr. Roberto del Río (Pediatría). <i>Dirección: Av. Zañartu Nº 1085, Independencia.</i>
- Servicio de Salud Metropolitano Central (Región Metropolitana).	Fundación Arriarán (Adultos) <i>Dirección: Santa Elvira Nº 629, Santiago.</i> Hospital San Borja Arriarán (Pediatría). <i>Dirección: Santa Rosa 1234, Santiago.</i>
- Servicio de Salud Metropolitano Sur (Región Metropolitana).	Hospital Barros Luco (Adultos) Hospital Lucio Córdova (Adultos). <i>Dirección: Gran Avenida Nº 3204, San Miguel.</i> Hospital E. González Cortés (Pediatría). <i>Dirección: Ramón Subercaseaux Nº 1528, San Miguel.</i>
- Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Región Metropolitana).	CDT Hospital Sótero del Río (Adultos) Hospital Sótero del Río (Pediatría). <i>Dirección: Concha y Toro Nº 3459, Puente Alto.</i>

- Servicio de Salud Metropolitano Occidente (Región Metropolitana).	CDT Hospital San Juan de Dios (Adultos). Hospital San Juan de Dios (Pediatría). <i>Dirección: Huérfanos Nº 3255, Santiago.</i>
- Servicio de Salud Metropolitano Oriente (Región Metropolitana).	Hospital Del Salvador (Adultos). <i>Dirección: Av. Salvador Nº 364, Providencia.</i> Hospital Calvo Mackenna (Pediatría). <i>Dirección: Av. Antonio Varas Nº 360, Providencia.</i>

FARMACOS ANTIRETROVIRALES CON REGISTRO SANITARIO EN CHILE 2010 Y DISPONIBLES EN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	ABREVIACION
INHIBIDORES NUCLEOSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA	INTR
Zidovudina 300 mg,	AZT
Zidovudina 10mg/ml susp oral, 50 mg/5Ml	AZT
Zidovudina 200mg/20ml Sol. Iny. E.V.	AZT
Zidovudina 100 mg,	AZT
Lamivudina 10mg/ml solución oral ,	3TC
Lamivudina 150 mg, .	3TC
Lamivudina 150 mg / Zidovudina 300 mg, (Coformulado)	AZT/3TC
Abacavir 20mg/ml solución oral,	ABC
Abacavir 300 mg,	ABC
Lamivudina 150mg/ Zidovudina300mg/ Abacavir300mg, . (Coformulado)	AZT/3TC/ABC
Abacavir 600 mg/ Lamivudina 300 mg, (Coformulados)	ABC/3TC
Didanosina 4g polvo susp oral,	DDI
Didanosina EC 250 mg,	DDI
Didanosina EC 400 mg,	DDI
Estavudina 15 mg,	D4T
Estavudina 20 mg,	D4T
Estavudina 30 mg,	D4T
Estavudina 40 mg,	D4T
Tenofovir Disoproxil 300 mg,	TDF
Emtricitabina 200mg / Tenofovir 300mg,	FTC/TDF
INHIBIDORES NO NUCLEOSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA	INNTR
Nevirapina 10mg/ml susp. oral,	NVP
Nevirapina 200 mg,	NVP
Efavirenz 30mg/mL, Susp. Oral	EFV
Efavirenz 200 mg,	EFV
Efavirenz 600 mg,	EFV
Etravirina 100mg ,	ETR
INHIBIDORES DE LA PROTEASA	IP
Indinavir 400 mg,	IDV
Ritonavir 80mg/ml solución oral,	RTV
Ritonavir 100 mg,	RTV
Saquinavir Mesilato 500 mg,	SQV
Lopinavir 80 mg / Ritonavir 20 mg, suspensión oral,	LPV/RTV
Lopinavir 200 mg /Ritonavir 50 mg,	LPV/RTV
Fosamprenavir 700 mg,	FPV
Fosamprenavir 50mg/mL,	FPV
Atazanavir 150 mg,	ATV
Atazanavir 300 mg,	ATV
Atazanavir 200 mg,	ATV
Darunavir 300mg comp rec	DRV
INHIBIDORES DE FUSIÓN	
Enfuvirtida 90 mg	T20
INHIBIDORES DE LA INTEGRASA	
Raltegravir 400 mg	RAL
ANTAGONISTA DE CCR5	
Maraviroc 150mg	MVC

Maraviroc 300mg

MVC

ANEXO COMPLEMENTARIO 2

ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y LAS ITS

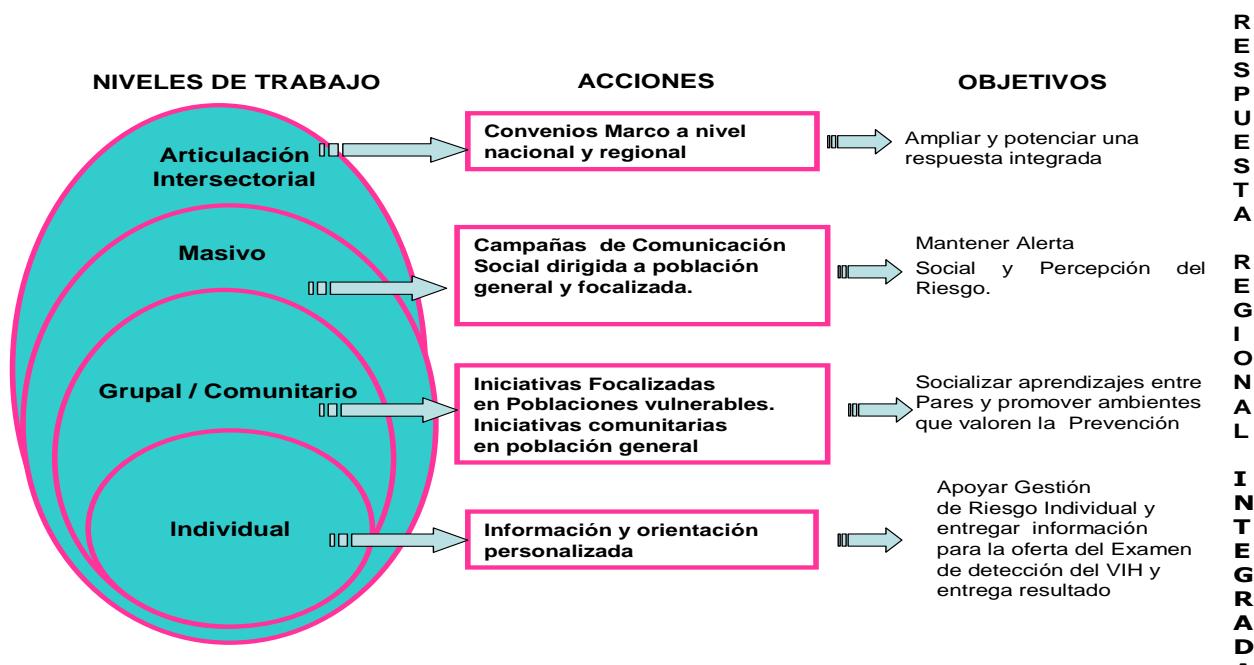
La estrategia nacional de prevención del VIH/SIDA y las ITS se organiza en cuatro niveles de intervención de acuerdo a los objetivos y la población destinataria a la que se pretende acceder. Tres de los cuales están descritos en el informe.

4.-Nivel Intersectorial e Institucional: Su objetivo es sensibilizar y articular áreas de colaboración entre distintos organismos del gobierno en función de potenciar y ampliar la respuesta nacional al VIH/SIDA y las ITS, y alcanzar las metas comprometidas al 2010. Las acciones en este nivel se desprenden de convenios y acuerdos de trabajo con intersectores tales como INJUV, SERNAM, Gendarmería y MINEDUC.

Los niveles de trabajo, junto a los objetivos específicos por nivel y las principales acciones en cada uno de ellos, se presentan en el siguiente esquema:

Se basa en el mandato del Artículo 2 de la Ley de SIDA Nº 19.779 que establece: "El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia. Estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional, con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población, y en especial para aquellos de mayor vulnerabilidad, como las mujeres y los menores.

Estrategia de Prevención del VIH/SIDA y las ITS en Chile



Los 4 niveles de intervención se articulan a través de la Respuesta Regional Integrada, coordinadas por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en la búsqueda de fortalecer la descentralización, la intersectorialidad y la participación ciudadana para integrar y articular en el nivel local las experiencias y esfuerzos entre el sector Salud, otros sectores del estado y de la sociedad civil organizada. La Respuesta Regional integrada tiene 5 ejes de trabajo: Programa de iniciativas focalizadas de prevención, Iniciativas comunitarias para población general, Actividades comunicacionales masivas y campañas regionales, Acceso a condones y Consejería.

ANEXO COMPLEMENTARIO 3

Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH

2009



La elaboración de este documento fue producto del trabajo colaborativo e integrado entre las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, el Instituto de Salud Pública y del valioso y fundamental aporte de las Secretarías Regionales Ministeriales y Servicios de Salud del país.

Decreto Exento N° 835 del 10 de marzo de 2010 del Ministerio de Salud,
aprueba Manual de Procedimientos para la Detección y el Diagnóstico de la Infección por VIH.

COMITÉ EDITORIAL

EU Edith Ortiz Comisión Nacional del SIDA
Ing. Consuelo Navarro División de Planificación Sanitaria
Dra. Beatriz Heyermann Subsecretaría de Redes Asistenciales
Dr. Aníbal Hurtado, Comisión Nacional del SIDA
Mat. Natalia Meta Comisión Nacional del SIDA

AUTORES, COLABORADORES

Subsecretaría de Salud Pública Comisión Nacional del SIDA

Dr. Aníbal Hurtado
EU Edith Ortiz
EU Gloria Berrios
Ps. Humberto Hernández
Mat. Mayra Torres
Mat. Natalia Meta

División de Prevención y Control de Enfermedades

Dra. Cecilia Morales

División de Planificación Sanitaria

Ing. Consuelo Navarro
Dr. Osvaldo Salgado

Departamento de Epidemiología

Ps. Claudia González
Dra. Andrea Olea
Dra. Janepsi Díaz
EU Maritza García

Departamento de Estadísticas e Información en Salud

Dra. Danuta Rajs
Dra. Mónica Briceño

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Dra. Beatriz Heyermann
Dr. Luis Vera
Dr. Héctor Fuenzalida
Dr. Mario Ramírez
Nelly Contreras
Noelia Espinoza
Dra. Nancy Dawson

Instituto de Salud Pública

Dra. Judith Mora
BQ Carolina San Martín

REVISIÓN

Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

Arica –Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso,
O'Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén, Magallanes, Región Metropolitana.

Servicios de Salud

Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso – San Antonio, Viña del Mar – Quillota, Aconcagua,
Metropolitano Norte, Metropolitano Central, Metropolitano Occidente, Metropolitano Oriente,
Metropolitano Sur - Oriente, Metropolitano Sur, O'Higgins, Maule, Ñuble, Concepción, Talcahuano, Biobío, Arauco,
Araucanía Norte, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Reloncaví, Chiloé, Aysén, Magallanes.

Comité ejecutivo Plan Nacional de Sangre

Dra. Marcela Contreras
Dr. Pedro Meneses
Dr. Federico Liendo
Dra. Cristina Martínez
Dra. Gisela Alarcón
T.M Leonor Armanet
T.M María Amalia Carcamo
T.M Cecilia Lyng

VALIDACIÓN

Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

Tarapacá, Metropolitana, Los Ríos

Servicios de Salud

Iquique, Metropolitano Central, Valdivia

COORDINACIÓN GENERAL

Mat. Natalia Meta

© Ministerio de Salud

Mac-Iver 541, Santiago de Chile

Inscripción Nº

ISBN:

Editora Responsable: Natalia Meta

Edición y Producción editorial
Jose Luis Moncada

Diseño y diagramación
Paola Savelli

Correcciones de texto
Verónica Jiménez

Impreso en Chile por

Santiago de Chile 2010

ÍNDICE

I. Presentación	13
II. Objetivos	17
1 Objetivo general.	17
2 Objetivos específicos.	17
III. Introducción	21
1 Reseña histórica.	21
2 VIH/SIDA en Chile.	22
a. Detección.	23
b. Diagnóstico.	24
c. Control y tratamiento.	25
IV. Procesos relevantes para la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH.	29
V. Proceso atención clínica para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA.	33
1 Hitos del proceso.	33
a. Consentimiento informado.	37
b. Toma de muestra.	40
c. Procesamiento y análisis de la muestra.	43
d. Análisis en el Instituto de Salud Pública, confirmación de exámenes.	44
e. Prueba de identidad.	46
f. Entrega de resultados: consejería post resultado de examen de detección del VIH (consejería posttest).	47
g. Ingreso a control en centro de atención de especialidad.	48

2. Ingreso de usuarios al Sistema de Salud.	50
3. Puntos críticos por puerta de entrada al proceso de atención.	51
a. Proceso y flujo de donantes de sangre u órganos.	51
b. Proceso y flujo en usuarios/pacientes de atención ambulatoria: por control en programas de salud, consulta médica y consultantes por iniciativa propia.	55
c. Atención ambulatoria: caso específico diálisis.	58
d. Atención ambulatoria: caso específico organismos no gubernamentales (ONG).	59
e. Paciente hospitalizado.	63
f. Personal de salud: exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo.	74
g. Personas víctimas de violencia sexual.	75
h. Establecimientos privados de salud.	76
i. Situaciones específicas.	78
4. Roles y funciones en el proceso de atención.	81
a. En los establecimientos de salud.	81
b. En los Servicios de Salud.	82
c. En el Ministerio de Salud.	83
d. El Instituto de Salud Pública.	84
5. Especificidad de actos administrativos para asegurar el seguimiento de los usuarios/pacientes.	86
a. Procedimientos para citación de usuarios/pacientes.	86
VI. Proceso de vigilancia epidemiológica.	91
1. Hitos del proceso.	94
a. Registro de datos a través de formularios establecidos.	94
b. Control de calidad de datos.	96

c. Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información.	98
d. Elaboración de informes epidemiológicos.	98
e. Definición de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud.	99
f. Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia.	99
2. Puntos críticos del proceso de vigilancia.	100
a. Registro de datos a través de formularios establecidos.	100
b. Control de calidad de datos.	100
c. Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información y elaboración de informes epidemiológicos.	100
d. Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud.	100
e. Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia.	100
3. Roles y funciones en el proceso de vigilancia.	101
a. Registro de datos a través de formularios establecidos.	101
b. Control de calidad de datos.	102
c. Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información.	104
d. Elaboración de informes epidemiológicos.	105
e. Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud.	106
f. Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia.	107
VII. Proceso de planificación y gestión de los procesos de atención clínica y de vigilancia epidemiológica asociados a la infección por VIH.	111
1. Hitos en la instalación del proceso de VIH/SIDA.	114
a. Definición del proceso, con la identificación de sus límites.	115
b. Identificación de personas clave que participan en el proceso.	116
c. Planificación participativa de las actividades a desarrollar.	116

d. Elaboración, mejoramiento o adaptación de procedimientos locales.	117
e. Elaboración de indicadores clave.	117
f. Definición de roles, funciones y responsables.	118
g. Elaboración de flujogramas especificando lugar de realización de las actividades en la red de atención.	119
h. Difusión del proceso.	119
i. Control de proceso.	120
j. Retroalimentación de puntos críticos.	120
k. Acciones correctivas.	120
l. Evaluación o análisis del proceso.	121
m. Reingeniería de procesos.	121
2. Roles y funciones en el proceso de planificación y gestión por procesos.	122
a. Proceso de atención clínica.	122
b. Proceso de vigilancia epidemiológica.	126
VIII. Consejería asociada al examen de detección de la infección por VIH.	131
IX. Marco jurídico vigente sobre y asociado al VIH/SIDA en el sector salud.	145
X. Anexos.	153
a. Referencias de modelos de consentimiento informado donantes de sangre.	153
b. Carta de consentimiento informado para realizarse el examen de VIH (Virus de la Inmuodeficiencia adquirida Humana).	155
c. Vigilancia epidemiológica. Solicitud de envío de muestras para confirmación de VIH/SIDA por el ISP, en adultos.	157
d. Puerta de entrada: centros de sangre, bancos de sangre.	170
e. Puerta de entrada: establecimientos de atención primaria de salud.	177
f. Puerta de entrada: centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad.	184

g. Puerta de entrada: anexo puerta de entrada, hospitalización.	190
h. Puerta de entrada, atenciones de urgencia.	199
i. Guión para citación telefónica.	200
j. Texto de citación por carta certificada.	201
k. Texto citación por visita domiciliaria.	202
l. Tabla de procesos: definiciones.	203
m. Indicadores de desempeño.	205
n. Confidencialidad y ficha clínica.	209
o. Ley 19.779, publicada en el Diario Oficial el 14.12.01, que establece normas relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.	212
p. Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.	219

I.
PRESENTACIÓN

I. Presentación

La detección y el diagnóstico de la infección por VIH tienen asociados hitos, procedimientos y actividades, que involucran tanto a los usuarios del sistema de salud como a los diferentes establecimientos y a quienes laboran en ellos y que forman parte de la red de atención del sector. Estos hitos, procedimientos y actividades son particularmente complejos, ya que involucran aspectos humanos, culturales, técnicos y legales.

La base de este Manual es el reconocimiento de estas complejidades. La descripción de las actividades a realizar en cada etapa de los procesos asociados, así como la definición de las funciones y responsabilidades específicas de cada actor en el sector público y privado, están destinadas a dar continuidad a la cadena de articulaciones y coordinaciones indispensables para cumplir con los objetivos de atención al usuario.

El presente Manual busca, fundamentalmente, ser una guía para el óptimo cumplimiento de los hitos, procedimientos y actividades relacionadas con el VIH, desde la solicitud del examen de detección hasta la referencia para el inicio de controles médicos; es decir, busca facilitar, en el marco del proceso de atención clínica, el acceso oportuno de las personas al diagnóstico de la infección por VIH, su control y tratamiento, si corresponde.

Asimismo, este documento plantea y define otros dos procesos para abordar la infección por VIH: la vigilancia epidemiológica y la planificación y control de procesos. El primero, destinado a fortalecer la información que apoye la organización de la red asistencial y la planificación sectorial de acciones de prevención y control de la epidemia; el segundo está orientado a apoyar a los equipos de trabajo en el desarrollo de instrumentos que permitan monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos de la atención clínica y la vigilancia epidemiológica.

Este documento fue elaborado basándose en la revisión y evaluación de los hitos, procedimientos y actividades de los procesos en cada instancia involucrada del sector público y privado. Ordena el marco legal, describe y clasifica responsabilidades de los diferentes actores e instancias participantes en los procesos y define flujogramas básicos determinados por la puerta de entrada al sistema de salud y el tipo de usuario/paciente.

El óptimo desarrollo de los contenidos de este Manual –que deberán ser adaptados a las realidades regionales y a la organización de cada red asistencial pública y privada– permitirá entregar elementos e información a los usuarios para la toma de decisiones, cumpliendo con las normas y los requerimientos de confidencialidad y respeto por las condiciones personales. Del mismo modo, esperamos que facilite el avance hacia estados de salud en que las responsabilidades sean plenamente asumidas y compartidas entre las personas/usuarios y el sistema de salud.

Este documento es producto de un análisis y trabajo conjunto y coordinado entre las distintas instancias del Ministerio de Salud involucradas en estos procesos, a saber: División de Integración de Redes Asistenciales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Comisión Nacional del SIDA, Departamento de Epidemiología, Departamento de Estadísticas e Información en Salud de la Subsecretaría de Salud Pública e Instituto de Salud Pública. Especial reconocimiento merecen los equipos humanos de las 15 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y de los 29 Servicios de Salud que trabajaron arduamente en la revisión, validación y elaboración de propuestas para este Manual.

Finalmente, es importante destacar que este Manual sitúa las acciones sectoriales en el marco de las características de la epidemia VIH/SIDA en Chile: una epidemia concentrada.

III.

Objetivos del Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH

El presente Manual se inserta en el marco del trabajo del Ministerio de Salud para proporcionar a los usuarios del sistema de salud chileno las mejores condiciones de acceso y calidad de la atención.

1. Objetivo general

Estandarizar los procedimientos para la detección, diagnóstico e información de resultados de infección por VIH en forma oportuna, eficaz y eficiente en todos los niveles de atención del sector público y privado de salud, en el marco legal y normativo vigente.

2. Objetivos específicos

- Identificar hitos, procedimientos y actividades, funciones y responsabilidades asociadas a tres procesos principales: el proceso de atención clínica asociado a la detección y diagnóstico, control y tratamiento del VIH, la vigilancia epidemiológica y la planificación y gestión de procesos.
- Señalar los hitos de registro para la obtención de información estandarizada y de calidad que permita realizar un seguimiento oportuno, cautelando la continuidad de la atención del usuario y la adecuada vigilancia epidemiológica a través de la notificación.
- Optimizar la aplicación del marco jurídico vigente respecto del VIH/SIDA en Chile.

III.

Introducción

III. Introducción

1. Reseña histórica*

El análisis mundial de casos ha demostrado que el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida comienza a mediados de los años 70 y que el punto de partida para la diseminación del VIH estaría al término de esa década, desde dos áreas geográficas: África Central y el Caribe/Norteamérica. No obstante, la epidemia se desarrolla y se hace evidente a comienzo de los 80 en EE.UU. y Europa Occidental.

En junio de 1981, en la Facultad de Medicina de la Universidad de California se describió por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Los primeros casos reportados en el mundo fueron a mediados de 1981, y en 1984 se identificó el virus responsable del SIDA, un retrovirus denominado VIH.

Desde entonces, más de 25 millones de personas en el mundo han muerto por causa del SIDA. Las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que alrededor de 33 millones de personas en el mundo viven con el VIH. De ellas, un 67% corresponde a habitantes de África subsahariana.

El número de nuevas infecciones en el mundo el año 2007 fue de 2,7 millones y, pese a que esta enfermedad sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo, en especial en África, hay que destacar que a partir del año 2005 la mortalidad por SIDA ha disminuido, lo que se atribuye en gran medida al aumento en la disponibilidad de terapia antirretroviral. Pese a ello, de los 9,7 millones de personas de países en desarrollo que en 2007 se estimó necesitaban terapia, sólo 3 millones la recibieron. Ese mismo año, sólo 33% de las mujeres infectadas por el VIH habían recibido medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión de la madre al niño.

* Informe mundial sobre la situación del VIH/SIDA, ONUSIDA, 2008

Los estudios revelan que los mecanismos que favorecen la rápida diseminación del virus, son:

- relaciones sexuales sin protección,
- exposición a productos sanguíneos o fluidos corporales contaminados, incluyendo el uso de agujas no esterilizadas para inyección en contexto sanitario o inyección de drogas;
- transmisión vertical desde una madre infectada a su hijo, antes o durante el parto y a través de la lactancia materna.

En cuanto a eficacia de los mecanismos de transmisión, se estima alrededor 0,1% para el contacto sexual y sobre el 90% para la transfusión sanguínea.

2. VIH/SIDA en Chile

En términos generales, la epidemia en nuestro país se define como concentrada, que es aquella en que el virus se transmite fundamentalmente en grupos específicos de la población y no está implantada fuertemente en la población general. Este nivel de epidemia, de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), presenta prevalencias sobre el 5% en poblaciones consideradas de mayor riesgo, como lo son consumidores de drogas intravenosas, las personas que ejercen el comercio sexual, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y, bajo el 1% en las mujeres embarazadas en zonas urbanas. Este nivel de prevalencia en estos tipos de población revela la existencia de comportamientos de riesgo en los grupos más afectados.

Las características principales de la epidemia en Chile son:

- Concentrada: en hombres homobisexuales, con baja prevalencia en embarazadas.
- De transmisión sexual (95% de los casos notificados).
- Predominantemente en hombres adultos jóvenes (entre 20 y 39 años).
- Afecta principalmente a personas con menores niveles de escolaridad.

- Mortalidad muestra una tendencia a la disminución.
- Aumento de la sobrevida, atribuible a la disponibilidad de terapia antirretroviral.

Los contenidos del presente Manual están destinados a mejorar el acceso a las acciones de detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH en el escenario de una **epidemia concentrada**.

a. Detección

A nivel mundial, en 1985 se desarrollaron las primeras pruebas para detectar anticuerpos contra el VIH y se comenzaron a utilizar en los productos sanguíneos en EEUU y Japón. En la actualidad, se usan de un modo rutinario en los laboratorios de microbiología clínica y en los bancos de sangre o centros de transfusiones en varios países del mundo. El test ELISA (Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay- Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas), ha sido el más utilizado para la detección de anticuerpos anti-VIH que el organismo genera como respuesta a la infección.

Los tamizajes para VIH son altamente sensibles, detectan mínimas cantidades de anticuerpos, por lo que pequeñas interferencias de substancias similares podrían conducir a un resultado falso positivo, cuya probabilidad es mayor cuanto más baja es la prevalencia del VIH en la población estudiada. Por ello, es obligatorio que los exámenes con resultados positivos sean repetidos para reafirmar la positividad. Cuando la positividad se repite, se confirman los resultados con otras técnicas de alta especificidad, usualmente con técnicas de Inmunoblot o Inmunofluorescencia Indirecta (IFI). Además, se debe solicitar una segunda muestra de sangre para confirmar la identidad del paciente y evitar posibles equivocaciones en la manipulación de las muestras de sangre o suero que conduzcan a confusión de los resultados entre una persona y otra.

Internacionalmente se ha establecido un periodo de tres meses después de adquirido el virus como periodo de tiempo en que la mayoría de las personas desarrollan anticuerpos antiVIH detectables¹ por el examen. A este tiempo se le denomina Periodo de Ventana y es el que transcurre desde que una persona adquiere VIH hasta que el organismo crea anticuerpos suficientes para ser detectados por el examen.

² www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a1.htm.

En Chile, la detección del VIH se hace principalmente a través de un examen de tamizaje, que puede efectuarse en establecimientos de salud de atención abierta o cerrada del sistema público o privado de salud. Está establecido que este examen debe ser voluntario, confidencial y acompañado de consejería³.

El examen se puede realizar en el sector público en:

- Establecimientos de atención primaria
- Centros ambulatorios de especialidad
- Hospitales

El examen se puede realizar en el sector privado en:

- Clínicas
- Laboratorios clínicos
- Mutuales
- Centros médicos
- Fundaciones
- Hospitales clínicos universitarios
- Hospitales institucionales
- Organismos no gubernamentales (ONG) que cumplen con los requisitos normativos para toma de exámenes.

b. Diagnóstico

La infección por VIH se asocia en todas sus etapas con una intensa replicación viral, principalmente en linfocitos y macrófagos. Los mecanismos inmunológicos permiten neutralizar los nuevos viriones y regenerar las células inmunes que se destruyen aceleradamente, lográndose un equilibrio entre la cantidad de virus circulante, carga viral (CV), y el sistema inmunológico, medido habitualmente como recuento de linfocitos CD4. De esta manera, la persona infectada se mantiene asintomática (etapa A). Sin embargo,

³ Ley 19.779 y Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005.

después de un período variable de tiempo se rompe este equilibrio, la CV comienza a aumentar y los recuentos CD4 declinan progresivamente. El deterioro inmunológico permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores, con lo que se llega a las etapas B y C (SIDA) y a la muerte en un tiempo variable de no mediar tratamiento.

La detección de la infección por VIH se basa en exámenes sanguíneos estándar, como la prueba de anticuerpos para VIH, si estos resultan reactivos, el Instituto de Salud Pública realiza métodos diagnósticos suplementarios más específicos que permiten confirmar el diagnóstico serológico.⁴

Aproximadamente, un 55% de los tamizajes reactivos que ingresan al Instituto de Salud Pública, Laboratorio de Referencia Nacional para la confirmación, son confirmados como positivos y alrededor de un 66% de éstos corresponde a exámenes provenientes del sector público. La tasa poblacional de exámenes de VIH positivos confirmados por el ISP se mantuvo relativamente estable entre 1999 y 2004 (12,9 a 12 por 100.000 hab.) Entre 2005 y 2007 aumentó de 12,2 a 14,2.

Después de que el paciente es confirmado como VIH + por el ISP, y realizada la prueba de identidad, procede la determinación de la fase del VIH en la cual se encuentra el paciente –la etapificación. Para ello, el profesional médico realiza un análisis integral del paciente, que considera la evaluación clínica y la medición de los CD4, la carga viral, así como otros exámenes complementarios.

En nuestro país los primeros casos de SIDA fueron diagnosticados y notificados hace 25 años. Desde esa fecha hasta diciembre del año 2008, los casos reportados al sistema de vigilancia alcanzaron a 9.193 casos de SIDA y 10.767 infecciones VIH.

c. Control y tratamiento

La atención médica integral (controles médicos) debe ser sistemática y considerar la evaluación de la necesidad de tratamiento antirretroviral, lo cual se realiza de acuerdo con las orientaciones técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud, en el marco de la Guía Clínica y el Protocolo de Tratamiento establecido.

⁴ Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N°182 de 2005 y Norma técnica de vigilancia de laboratorio, de 2006 del Instituto de Salud Pública.

La decisión de inicio de TAR nunca debe basarse en una medición aislada de CD4 y/o CV y debe considerar el análisis integral del paciente en un Centro de Atención VIH, de los Centros de Especialidades y una preevaluación de la adherencia a la terapia.

Tratamiento antirretroviral

En 1993 se inicia la terapia antirretroviral (TAR) con una droga (monoterapia), en 1997 se adiciona una segunda droga (biterapia), y en 1999 la tercera, lo que significa que nuestro país logra los tratamientos denominados de alta eficacia. Posteriormente, en el año 2000, se inicia el programa de acceso expandido a TAR, llegando a un 100% de cobertura hacia fines de 2003.

El año 2005, se inicia la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES), en la cual se incluye la terapia antirretroviral, por lo cual es un derecho exigible por la población adscrita al sistema de salud público y privado. La ley otorga tres garantías a los beneficiarios de ambos subsistemas: acceso a TAR, exámenes de monitoreo y oportunidad en el acceso y protección financiera.

El beneficio de la triterapia en VIH/SIDA se aprecia en la disminución de la mortalidad, letalidad y hospitalizaciones, lo que demuestra una alta rentabilidad económica y social del tratamiento antirretroviral y un alto impacto en la sobrevida de las personas beneficiarias. La sobrevida, medida el año 2008, alcanzó a 91,2% a tres años de seguimiento (línea base 2005: 85%). En el mismo periodo, la incidencia de infecciones oportunistas disminuyó de un 8,3% a 3%, mientras que la tasa de mortalidad comenzó a disminuir lentamente a partir de 2002, de 3,5 en 2001 a 2,4 en 2007.

Prevención de la transmisión vertical

La reducción de la transmisión vertical del VIH constituye uno de los **objetivos sanitarios** del país. En 2005 se comienza la implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, que considera la oferta universal del test VIH a todas las embarazadas en el segundo control de embarazo, el que se encuentra garantizado por el Examen de Medicina Preventiva (EMP).

El tratamiento antirretroviral para la madre VIH + y su hijo, se encuentra protocolizado y está garantizado a través del GES. La aplicación de este protocolo ha permitido la reducción de la tasa de transmisión desde 30% (tasa observada sin protocolo) a menos de 5%.

IV.

Procesos relevantes para la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH.

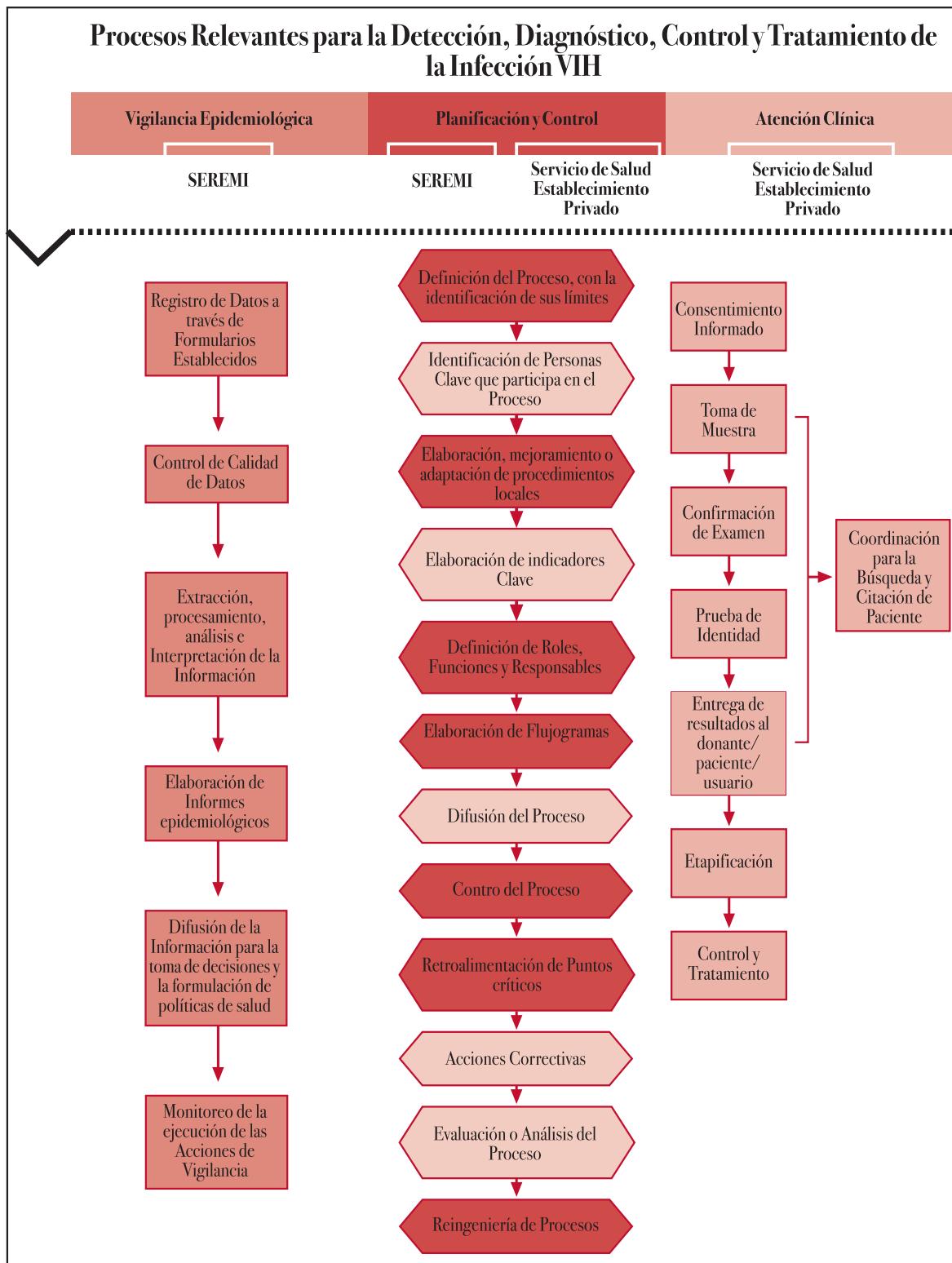
IV. Procesos relevantes para la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH.

En la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH se identifican tres procesos fundamentales. (ver ilustración 1)

- *El proceso de atención*, que sigue a las acciones realizadas al usuario –paciente o donante– a lo largo de la red de atención pública y privada.
- *El proceso de vigilancia epidemiológica*, que corresponde a la recolección sistemática, el seguimiento, el análisis y la interpretación de los datos, sobre eventos de salud (en este caso el VIH) o condiciones relacionadas, para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de las acciones de salud, con el fin de lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control.
- *El proceso de planificación*, desde el cual se asegura la instalación y desarrollo de los procesos de atención y vigilancia epidemiológica, permitiendo monitorear y evaluar la oportunidad y calidad de la atención, en lo individual, y el impacto sobre el curso de la epidemia de VIH/SIDA, en lo colectivo.

Ilustración 1: procesos relevantes

Procesos



V.

Proceso de atención clínica para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/ SIDA.

V. Proceso de atención clínica para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA.

En los próximos capítulos, nos referiremos en especial al proceso de atención clínica, identificando las especificidades y considerando cada una de las probables puertas de entrada y los tipos de usuarios o grupos de interés que ingresan a través de ellas.

Una de las premisas básicas para que una persona pueda realizarse el test de detección del VIH es la **voluntariedad** de dicha decisión. Supone considerar el impacto que el resultado tendrá en la vida del individuo, por lo cual debe ser un acto voluntario, una decisión personal tomada sobre la base de información consistente, actualizada y con evidencia científica. Se debe tener en consideración algunos elementos éticos y técnicos para que el proceso se realice de una manera que garantice el ejercicio de la ciudadanía y el respeto por la persona.

Asimismo, es necesario que el sistema de salud resguarde los principios de voluntariedad, confidencialidad de la información, confiabilidad del examen, eficacia en la referencia a los centros responsables de la atención y tratamiento de la red de atención pública o privada y acceso oportuno a control y tratamiento.

Así, en el proceso de diagnóstico confluyen los usuarios y el sistema de salud. Desde esta perspectiva, se trata de un proceso con responsabilidades compartidas, en el cual el sistema debe proporcionar el acceso oportuno al diagnóstico, la atención, control y tratamiento, y la persona debe comprometerse a retirar e informarse de los resultados de su examen, a asistir a los controles médicos y mantenerse adherente a los tratamientos.

1. Hitos del proceso

El flujo habitual se inicia en el momento que se realiza la solicitud u oferta del examen de detección del VIH al usuario/paciente⁵ y termina con la entrega de la información del resultado del examen a dicha persona y la deri-

⁵ Usuario: se refiere a una persona que solicita el examen de detección del VIH por iniciativa propia en un establecimiento de salud.
Paciente: se refiere a cualquier persona que está en control ambulatorio por alguna causa en un establecimiento de salud o que se encuentra hospitalizado en algún servicio clínico de un establecimiento de atención cerrada.

vación al centro de atención correspondiente para la etapificación e ingreso a control y tratamiento si corresponde. La solicitud del examen debe quedar registrada en la ficha clínica y la orden de examen debe consignar los siguientes datos:

Datos de origen

- Fecha de emisión de la orden.
- Servicio de Salud y establecimiento de origen de la orden.
- Especialidad de origen de la orden.

Datos clínicos⁶

- Identificación de la prestación requerida.

Datos del paciente

- RUN
- Nombres, apellido paterno, apellido materno.
- N° de ficha clínica.
- Clave o código de identificación del usuario/paciente.

Datos del profesional solicitante⁷

- Nombres, apellido paterno, apellido materno de profesional solicitante.
- RUN del profesional solicitante

En el caso de los donantes⁸ que son confirmados por el Instituto de Salud Pública como positivos, entran al mismo proceso asistencial.

En el siguiente cuadro se muestran los hitos más importantes del proceso de atención clínica, los cuales serán analizados en detalle en este documento.

⁶ Decreto N° 433 de 1993, del Ministerio de Salud, Reglamento de laboratorios clínicos.

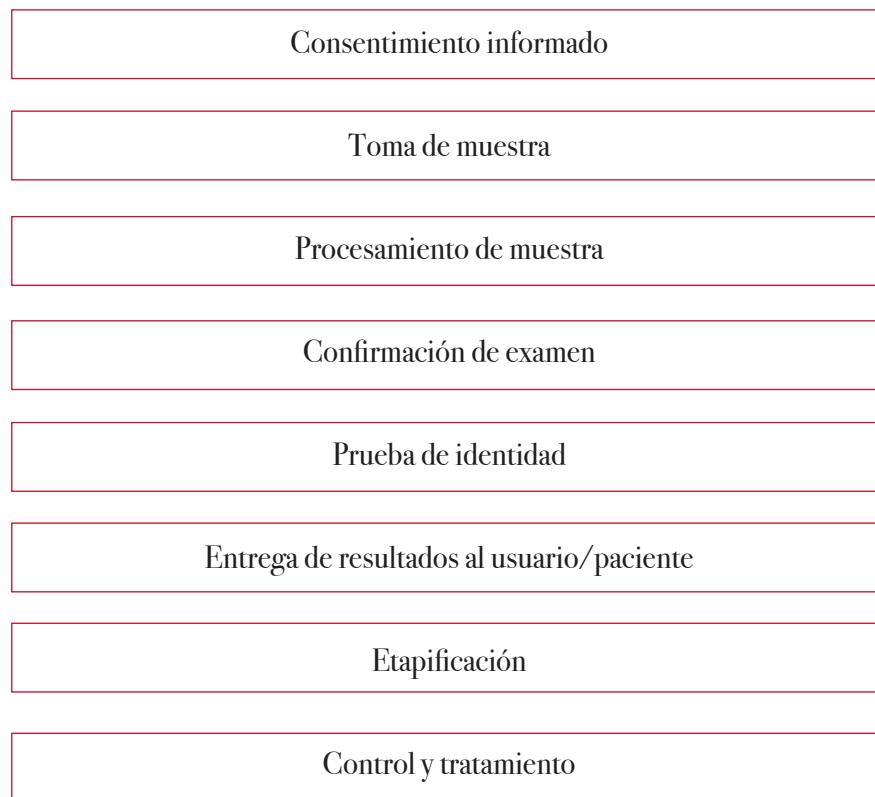
⁷ Ídem.

⁸ Donante: se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud a donar sangre u órganos.

Un hito es un hecho clave y fundamental dentro de un proceso. Es un punto de control intermedio antes de que el proceso finalice. Asimismo, un hito tiene asociadas diferentes actividades necesarias para el cumplimiento del proceso.

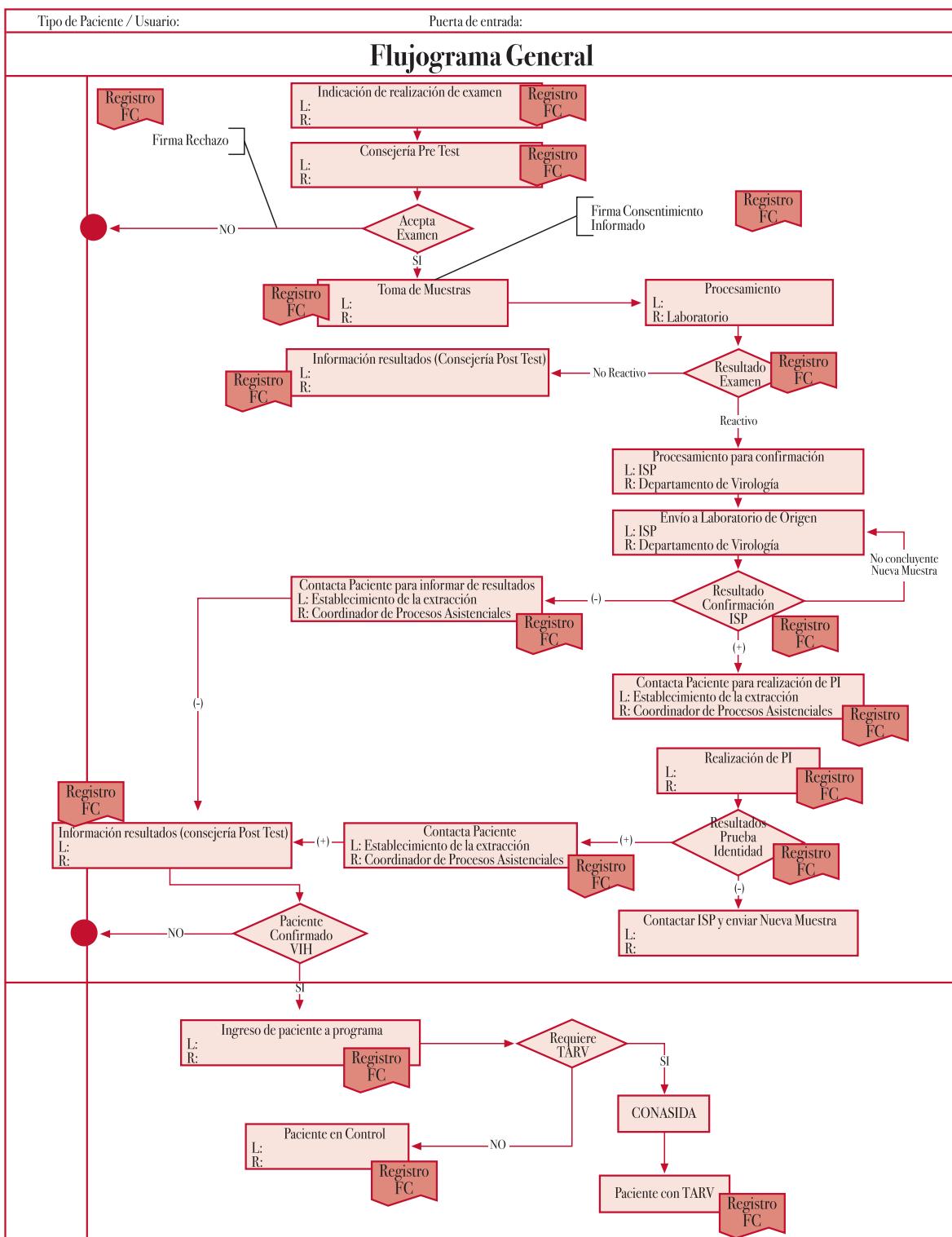
Los hitos que se grafican en la ilustración 2 han sido identificados como puntos críticos para la continuidad de la atención del usuario/paciente. Por ello, se han establecido como tales, entendiendo que para su cumplimiento cabal se requiere de todas las acciones asociadas al mismo, las cuales se describen en este Manual.

Ilustración 2: hitos del proceso



A partir de los hitos identificados e indicados en el cuadro previo, se presenta el siguiente fluograma estándar, en el que se reflejan las principales etapas que se deben realizar en el proceso de atención clínica y del diagnóstico de laboratorio. Este corresponde a un proceso estándar que puede tener algunas diferencias según la puerta de entrada al sistema de atención y el tipo de persona al que se está ofreciendo el examen. Las diferencias se tratan en detalle entre las páginas 51 y 80, Puntos críticos por puerta de entrada al proceso de atención.

Ilustración 3: flujograma general



L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.
 R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

A continuación se describe el proceso de atención clínica, a partir de cada uno de los hitos identificados previamente.

a. Consentimiento informado

En Chile, la Ley 19.779 y el Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 del Minsal, establecen que el examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre **confidencial y voluntario**, debiendo constar por escrito el **consentimiento** del interesado o de su representante legal. El examen de detección se realizará previa información a éstos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces.

Tanto la entrega de información preexamen como la firma del consentimiento informado y la entrega del resultado del mismo se realizan en una actividad de **consejería**⁹, que debe ser realizada por personas capacitadas en informar tanto acerca de las características, la naturaleza y las consecuencias de la infección, como de las medidas preventivas científicamente comprobadas como válidas.

Todo el proceso se realiza en un contexto de **confidencialidad** que, según el artículo 2º del Reglamento de la Ley N°19.779, indica quiénes intervienen en el proceso del examen y, por lo tanto, están sujetos a mantener la confidencialidad de la información¹⁰.

En los establecimientos de la red pública y privada de salud, la actividad deberá ser realizada por personal capacitado en consejería en VIH/SIDA e ITS y se deberá implementar en lugares que cuenten con condiciones para atención de público y que garanticen privacidad (ver marco normativo en capítulo IX). Estos lugares pueden corresponder tanto a establecimientos de atención ambulatoria públicos –tanto de nivel primario como de especialidad– como a establecimientos privados –consultas médicas, clínicas y

⁹ Ésta puede formar parte de una consulta o un control, o ser una actividad independiente.

¹⁰ Artículo 2º del Reglamento de la Ley N° 19.779: “El examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre confidencial. Todo el personal de salud, tanto profesional como auxiliar que, a raíz del desarrollo de su trabajo, intervenga o tome conocimiento de la realización de un examen de este tipo deberá mantener la más estricta confidencialidad sobre la persona involucrada, los resultados del mismo y toda circunstancia relacionada con dicho procedimiento, conforme a las normas sobre secreto profesional: las de la Ley N° 19.628, el Estatuto Administrativo y demás normas legales sobre la materia. Asimismo, estarán sujetas a este deber de confidencialidad las personas que laboren para el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud que tengan conocimiento de información sobre exámenes de esta naturaleza en razón de la recolección de datos estadísticos sobre la materia y del estudio y elaboración de políticas, planes o programas para enfrentar la transmisión del virus.”

laboratorios privados. También en establecimientos hospitalarios públicos y privados, en sus diferentes unidades y servicios (servicios clínicos, centros de sangre o bancos de sangre).

La consejería asociada al examen de detección del VIH se complementa con la consejería para la prevención del VIH e ITS, en aquellos casos que requieren de un mayor proceso de análisis del riesgo personal, de planificación de estrategias de prevención y de apoyo para su implementación.

Consejería asociada al examen de detección del VIH

Sus objetivos son:

- Apoyar la toma de decisiones informadas respecto del examen de detección del VIH y sus resultados.
- Entregar el resultado del examen de detección del VIH y derivar a los Servicios de Salud pertinentes, si se requiere.

Los tipos de consejería asociada al examen de detección del VIH, los tipos de usuarios y las respectivas definiciones corresponden a lo indicado en el cuadro siguiente:

Tipos de consejería según tipos de usuarios

Tipo de consejería asociada al examen de detección	Tipo de usuario	Definición
Consejería y detección del VIH en donantes de sangre y órganos	►Donantes de sangre y órganos	Se realizará a todas las personas que se les aplica el procedimiento de la Ley 19.779 y el Decreto N°182/05 del Minsal. Los <i>screening</i> practicados a la sangre de los donantes son obligatorios y permiten evitar las infecciones transmitidas por sangre, por ello se realiza el test de detección del VIH. La consejería está orientada a informar de los objetivos de la donación y la realización del test a la sangre, con el fin de que el usuario decida si acepta el procedimiento o se autoexcluye. (ver actividades en capítulo VIII, pág. 132 y 134)

Tipo de consejería asociada al examen de detección	Tipo de usuario	Definición
<p>Consejería y detección del VIH en el que el profesional de salud ofrece el examen</p>	<p>► Embarazadas¹¹; personas en control por TBC¹²; víctimas de violencia sexual¹³; personal de salud que se haya expuesto a accidentes cortopunzantes de riesgo para la transmisión del vih¹⁴; personas en riesgo de adquirir una ITS y que asisten a consulta de salud sexual¹⁵; consultantes con sintomatología sugerente de Infecciones de Transmisión Sexual¹⁶; personas en control de salud sexual (comercio sexual)¹⁷; pacientes en diálisis¹⁸; pacientes en los que el médico y/o profesional de la salud indique el examen por signos sugerentes de la infección por VIH.</p> <p>Ver también «situaciones específicas», entre las páginas 78 y 80.</p>	<p>Es un procedimiento recomendado en el marco de una atención habitual de un usuario que consulta en un establecimiento de salud. El objetivo principal es permitir la toma de decisiones clínicas específicas o proponer los servicios médicos disponibles que no son posibles de proporcionar si no se conoce el estado serológico del paciente.</p> <p>Se realizará a aquellas personas a las que se les ofrece el examen de detección del VIH, en el marco de la atención clínica definida por el contexto normativo de programas de salud o por situaciones clínicas que lo ameritan. (ver actividades en capítulo VIII, pág, 132 y 134)</p>

<p>Consejería y detección del VIH por iniciativa del usuario</p>	<p>► Usuarios que solicitan el examen por iniciativa propia.</p>	<p>Es aquella que se realiza a una persona que se acerca por iniciativa propia a un establecimiento de salud para solicitar el examen y conocer su estado serológico. (ver actividades en capítulo VIII, pág, 133 y 137)</p>
---	--	--

¹¹ Norma de prevención de la transmisión vertical del VIH, aprobada por Resolución Exenta N° 622 del 17 de octubre de 2005.

¹² *Manual de organización y normas técnicas*, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud, 2005. Aprobada por Resolución Exenta N° 444 del 4 de agosto de 2005, Ministerio de Salud, Chile.

¹³ Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, aprobada por Resolución Exenta N° 527/04 del Ministerio de Salud, Chile.

¹⁴ Norma general técnica N° 48 sobre manejo post exposición laboral a sangre, en el contexto de la prevención de la infección por VIH. Aprobada por el Decreto Exento N° 561 del 7 de marzo de 2000 del Ministerio de Salud, Chile.

¹⁵ Norma de manejo y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Aprobada por Decreto Exento N° 424 del 17 de julio de 2008 del Ministerio de Salud.

¹⁶ Ídem.

¹⁷ Ídem.

¹⁸ Decreto N° 2357 de 2005 y su modificación Decreto N° 558 de 2001 que aprueba reglamento sobre centros de diálisis. Artículo 17. Y Resolución Exenta N° 60 de 2007, Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley 19.966.

b. Toma de muestra

Una vez que la persona está de acuerdo con la realización del examen, se le ha realizado la consejería pretest y haya firmado el consentimiento informado (ver formato sugerido en anexo b), se le realizará la toma de muestra de sangre. Esto puede ocurrir en el mismo establecimiento en donde se le realizó la consejería, o bien, ser derivado a otro establecimiento público o privado de referencia. Es en este último establecimiento dónde se deben registrar todos los datos del usuario/paciente:

- RUN
- Nombres y apellidos
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Previsión
- Comuna de residencia
- Dirección
- Teléfono(s) de contacto, fijo y móvil
- Establecimiento de atención primaria en el cual está inscrito (en caso de ser FONASA)
- Número de ficha
- Código de identificación del usuario/paciente
- Código de barra o identificación específica de la muestra

Posteriormente, debe construirse el código de identificación del usuario al cual se le ha solicitado el test de detección del VIH, según lo establecido como sigue.

Clave o código de identificación

Para respetar la confidencialidad, las muestras se rotulan con un código del paciente/usuario que reserva el nombre. El código se codifica y decodifica en el establecimiento de origen de toma de la muestra, ya que éste es el que debe tener registrada toda la información del paciente/usuario en la ficha, la cual tiene legalmente carácter confidencial.

El código de identificación del usuario debe construirse al momento de la toma del examen para rotular el tubo que contiene la muestra de sangre, lo cual debe realizarse con la cédula de identidad de la persona a la vista.

El código se elabora de la siguiente manera:

- Inicial del primer nombre y de los dos apellidos, es decir, se registran tres letras.
- Fecha de nacimiento con el formato dd/mm/aa.
- Tres últimos dígitos del RUN y dígito verificador.

Por ejemplo: Juan Alejandro López Muñoz, fecha nacimiento 03 de febrero de 1964 y RUN 9.457.883-2, código: JLM 030264 883-2

Si el paciente no dispone de RUN, como es el caso de los recién nacidos, se debe completar la clave de recién nacido de la siguiente forma:

- RN/inicial del primer nombre y de los dos apellidos de la madre y fecha de nacimiento del niño con el formato dd/mm/aa.
- El código definitivo se construirá una vez se disponga del RUN y se reemplazará en los registros respectivos.

Si la persona tiene un solo apellido, el código se construye con la primera letra del primer nombre y la primera letra del apellido. En el espacio correspondiente a la inicial del segundo apellido se completará con el signo #.

Si la persona tiene un apellido compuesto se utiliza sólo la primera letra del apellido compuesto, por ejemplo: Jorge López Del Canto, las iniciales que inician el código son: JLD. Si el apellido fuese Carlos San Martín De la Rua, el código correspondería a: CSD.

Excepcionalmente, una persona puede no disponer del RUN al momento de la toma de muestra de sangre, como son los casos de los extranjeros de paso por el país o en proceso de regularización o pacientes que al momento de la toma de muestra no tienen el documento y no es posible disponer de él inmediatamente:

El código debe construirse de la siguiente manera:

- Inicial del primer nombre y dos apellidos
- Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
- En los espacios correspondientes al RUN se completa con ABC-D

Una vez que se disponga del documento RUN se debe reemplazar en los registros. En todo caso se priorizará la toma de examen con el RUN disponible

Cabe señalar que en la mayor parte de los establecimientos los SOME, o las oficinas de estadística, tienen acceso a la base de datos de identidades del Registro Civil¹⁹, por lo que se debe recomendar a los funcionarios que registran la toma de muestra consultar a esas instancias en el establecimiento, para reducir el número de casos sin información.

El tubo con la muestra de sangre tomada debe rotularse con una etiqueta que debe registrar los siguientes datos:

- Código de Identificación del usuario/paciente
- Código de barra o identificación específica de la muestra. Esta identificación deberá estar consignada en la orden de examen
- Fecha toma de muestra

Posteriormente, la muestra rotulada se enviará al laboratorio asignado o definido en cada establecimiento privado o público y red de atención para su procesamiento.

¹⁹ Ord. B52/1963 del 17 de julio de 2007

c. Procesamiento y análisis de la muestra

El análisis de la muestra de sangre se realiza en el laboratorio del hospital para los usuarios/pacientes, centro de sangre o banco de sangre, para el caso de los donantes. En el caso del sector privado de salud el análisis se realiza en laboratorios clínicos, laboratorios de clínicas o establecimientos de salud de atención abierta o cerrada.

Al realizar el procesamiento de la muestra, se pueden obtener dos resultados: un resultado no reactivo o un resultado reactivo. En los casos en que la muestra sea insuficiente o existan problemas que impidan su procesamiento se solicitará la toma de una nueva muestra para procesar.

Los informes de los exámenes realizados deberán entregarse en documentos en que conste el nombre del laboratorio, técnica empleada, resultados y valores de referencia, fecha de entrega, nombre y firma del profesional responsable del examen²⁰. Los informes de resultados deben tener una identificación clara del examen, sin ambigüedades, incluyendo el método de medición (letra a del punto 5.8.3 de la NCh 2547, oficio 2003).

Resultado no reactivo local, es decir, no se detectó anticuerpos/antígeno específicos para VIH, o la muestra los contiene pero están por debajo del límite de detección de la prueba utilizada.

El laboratorio envía el resultado al lugar de la toma de muestra, que es el único que posee la información de identificación del paciente. Éste, según el flujo definido en cada red –ya sea pública o privada–, deberá proporcionar este antecedente a la persona a cargo de informar al paciente de su resultado, a través de la consejería postest.

Resultado reactivo local, es decir, se detectó anticuerpos/antígeno específicos para VIH, al ser sometido a un nuevo examen en el mismo laboratorio, en duplicado, utilizando el mismo test de tamizaje y se obtuvo «resultados positivos en a lo menos dos de los tres exámenes señalados en este artículo, deberá el laboratorio requerir al Instituto de Salud Pública de Chile un examen suplementario para confirmación de especificidad de los anticuerpos detectados, enviando la misma muestra.»²¹

²⁰ Decreto N° 433 de 1993, del Ministerio de Salud, Reglamento de laboratorios clínicos.

²¹ Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005.

Los procedimientos específicos a realizar frente a ambos resultados se describen en el punto Ingreso de usuarios al Sistema de Salud (puertas de entrada, páginas 50 a 74).

d. Análisis en el Instituto de Salud Pública, confirmación de exámenes

En el caso de ser un resultado reactivo a nivel local, el laboratorio debe enviar la muestra al laboratorio de virología del Instituto de Salud Pública.²²

Para que el ISP realice el análisis de la muestra oportunamente, es imprescindible que cada establecimiento y laboratorio clínico efectúe el control de procesos pertinente, con el fin de optimizar los tiempos para la realización de la prueba de identidad y la entrega del resultado al paciente. Para ello, cada establecimiento, tanto público como privado, debe verificar el cumplimiento y la adecuada ejecución de los siguientes puntos:

- Formulario de envío de muestras al ISP completo, es decir, enviar con todos los datos solicitados.
- Coherencia entre el código del tubo y el del formulario.
- Volumen de muestra suficiente (1 ml de suero)²³
- Cuando se solicite sangre con anticoagulante se deben enviar 4 ml y utilizar EDTA (pediatríficos y adultos)²⁴.
- Envío de las muestras al ISP a la brevedad posible, en un plazo no mayor a 5 días después de realizado el tamizaje a nivel local y transporte de acuerdo con la norma técnica²⁵.
- Cuando el laboratorio que derivó la muestra disponga de estafeta acreditado ante el ISP, el retiro de resultados debe hacerse de manera periódica (Instructivo 09-01). El estafeta se acredita mediante carta dirigida al jefe de sección SIDA y debe registrarse en el ISP.

²² Ídem

²³ Norma Técnica de Vigilancia de Laboratorio, de 2006 del Instituto de Salud Pública y Norma Técnica para el Transporte de Substancias Infecciosas a Nivel Nacional hacia el ISP, 2008.

²⁴ Idem.

²⁵ Norma Técnica para el Transporte de Substancias Infecciosas a Nivel Nacional hacia el ISP, 2008.

Observación: los resultados se envían por correo certificado. Para agilizar el sistema, el laboratorio, si lo requiere, puede utilizar el sistema de estafeta acreditado.

Los resultados del ISP pueden ser de tres tipos:

- Resultado negativo
- Resultado positivo
- Resultado indeterminado o no concluyente

Si el informe del ISP da como resultado:

Negativo: el ISP remite el resultado al establecimiento público, centro de sangre, laboratorio o establecimiento privado de salud que derivó la muestra. Se deberá proceder de acuerdo con los procedimientos definidos por puerta de entrada del paciente al sistema, lo que se encuentra descrito entre las páginas 50 y 74.

El establecimiento público, centro de sangre, laboratorio o establecimiento privado de salud que reciba el resultado debe utilizar el mismo procedimiento descrito con el resultado de tamizaje no reactivo, es decir, enviar el informe al establecimiento de origen, en caso de haberse realizado la toma de muestra en otro establecimiento.

Positivo: el ISP remite el resultado al establecimiento público, centro de sangre, laboratorio o establecimiento privado de salud que derivó la muestra. Este último deberá solicitar al establecimiento que tomó la muestra inicial, en caso de ser otro establecimiento, la toma de una nueva muestra de sangre para la realización de la prueba de identidad (PI). La citación del paciente se realizará en coherencia con el flujo y mecanismos definidos en cada red y las recomendaciones de este Manual, lo cual se encuentra descrito entre las páginas 86 y 88.

Indeterminado o no concluyente: Si los análisis realizados por el ISP de acuerdo al algoritmo establecido no son concluyentes, este organismo remitirá el resultado al establecimiento público, centro de sangre, laboratorio o establecimiento privado de salud que derivó la muestra. Este último deberá solicitar al establecimiento que tomó la muestra inicial, la toma de una nueva muestra de sangre para continuar con el algoritmo definido por el ISP.

La citación del paciente se realizará en coherencia con el flujo y mecanismos definidos en cada red de establecimientos del Servicio de Salud y de cada establecimiento o red de salud privada y las recomendaciones de este Manual, a saber: páginas 86 a 88.

e. Prueba de identidad

La prueba de identidad debe realizarse antes de entregar el resultado positivo confirmado por el ISP al paciente. Esto requiere de la solicitud y la toma de una nueva muestra de sangre para la realización del respectivo test de tamizaje, el que, de resultar reactivo, confirma la identidad del paciente y determina que el procedimiento no tiene errores, por lo tanto, se debe entregar el examen confirmado por el ISP.

Si el resultado es no reactivo, se debe contactar al ISP y tomar una nueva muestra de sangre al usuario/paciente para su estudio. Asimismo, y de acuerdo con lo establecido por el ISP, se debe realizar a nivel local una completa revisión de los procedimientos y la auditoría de procesos correspondiente.

Uno de los puntos críticos del proceso corresponde a la ubicación del paciente para la toma de una nueva muestra de sangre a fin de realizar la prueba de identidad. Desde el ISP el resultado es enviado al establecimiento que derivó la muestra con el código del paciente. Dado que los datos de identificación de la persona son registrados y se encuentran en el establecimiento de la toma de muestra, se debe coordinar para que el resultado, codificado y disponible en el establecimiento que recibe el resultado, se pueda comparar y complementar con los datos de la persona, los cuales fueron recopilados y registrados al momento de la toma de muestra y también se encuentran en la respectiva ficha del paciente.

En muchos establecimientos públicos los equipos responsables de la toma de muestra o de los laboratorios de los establecimientos, se han hecho cargo de la citación de los pacientes para la realización de la prueba de identidad, subutilizando los mecanismos habituales de la red pública destinados a esta tarea, según los cuales los laboratorios no deben ser responsables de contactar a los pacientes, ya que esta es una función del establecimiento que otorgó la atención clínica y puede ser realizada por otras unidades o departamentos con funciones y atribuciones específicas más acordes a esta tarea.

Con el fin de cautelar la confidencialidad de la información propia de las personas y del proceso, entre las cuales está incluido el diagnóstico, se deben desarrollar procedimientos para la citación como en el resto de los problemas de salud (ver páginas 86 a 88).

Las acciones implementadas para la realización de la prueba de identidad deben registrarse en los respectivos instrumentos de registro del establecimiento –ficha clínica u otro en formato papel y electrónico.

f. Entrega de resultados: consejería posresultado de examen de detección del VIH (consejería postest)

En nuestro país la entrega de resultado del examen de detección del VIH está regulada por la Ley 19.779 y el Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 del Ministerio de Salud. Este último explicita que:

Artículos 3º y 4º

La entrega de los resultados se establece como un proceso personal y reservado que no impide las notificaciones epidemiológicas que se requieran para fines estadísticos.

Artículo 9º

La entrega del examen, tanto si es positivo como negativo, se hará con consejería al interesado, en lo posible por la misma persona que efectuó la consejería previa al test. En ella, junto con darle a conocer el resultado del mismo, se le dará la información que le permita tomar decisiones informadas respecto de sus comportamientos futuros, tanto para permanecer sin infección como para integrarse y mantenerse en los sistemas de control y tratamiento, si sus exámenes han resultado positivos para el VIH. En caso de resultado positivo, dicha entrega sólo se verificará una vez que se hayan realizado todos los exámenes confirmatorios establecidos en el artículo anterior.

Se deben considerar los siguientes casos en la entrega de resultados y la realización de consejería postest:

No reactivo local/negativo postanálisis ISP

A los únicos usuarios que no se les realizará la consejería y no se les entregará el resultado del test cuando sea no reactivo local o negativo posanálisis ISP, será a los donantes de sangre u órganos. Al resto de los usuarios, con resultado de examen no reactivo o negativo, se les entregará el resultado de acuerdo con los procedimientos definidos por puerta de entrada del paciente al sistema, lo cual se encuentra descrito en capítulo VIII, pág. 139.

Confirmado como positivo (+) por el ISP

La consejería será realizada sólo cuando se haya completado todo el proceso de confirmación, incluyendo la prueba de identidad e independiente del tipo de situación que dio origen al examen y al tipo de consejería. Lo anterior se realizará en coherencia con los procedimientos definidos por puerta de entrada del paciente al sistema, lo cual se encuentra descrito en el punto 2 de este capítulo, pág. 50 a 80 y en el capítulo VIII, pág. 140 y 141.

Las acciones realizadas deben registrarse en los respectivos instrumentos de registro –ficha clínica u otro en formato papel y electrónico– de acuerdo con lo indicado en el capítulo VIII.

g. Ingreso a control en centro de atención de especialidad

El sistema de salud público brinda atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA, adultos y pediátricos, en los centros de atención de personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH), los que se encuentran en los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centros de Atención de Especialidades (CAE) o Centros de Especialidad (CE) de la red de establecimientos de los Servicios de Salud del país. En cada uno de estos centros hay un equipo encargado de la recepción, diagnóstico, control, tratamiento y atención continua de los usuarios.

Respecto de los pacientes provenientes del sector privado, ellos deben consultar en sus respectivos seguros acerca de cuál(es) es(son) el(los) centro(s)

de atención de especialidad en el(s) que pueden ser controlados y tratados, de modo de ingresar al GES en caso de requerir tratamiento antiretroviral.

Las personas ingresan a control en los establecimientos públicos derivadas desde los establecimientos de atención primaria, o de alguna unidad o servicio clínico de los hospitales y centros ambulatorios (banco de sangre, servicios clínicos centro de ITS, servicios de urgencia, trasladadas de un centro de atención de VIH/SIDA de otro Servicio de Salud). También pueden ser derivadas de organizaciones no gubernamentales y sociales en convenio o coordinadas con la red de atención.

Los requisitos generales para que las personas puedan ingresar a los programas de estos centros de atención son:

- Ser beneficiario/a del Sistema Público de Salud, a través de FONASA o del Programa de Reparación en Atención Integral en Salud o Derechos Humanos (PRAIS).
- Tener un diagnóstico serológico VIH (+) confirmado por el ISP.
- Al ingreso deben presentar su cédula de identidad en el SOME para verificar sus antecedentes, domicilio, previsión de salud y abrir ficha si no la tuvieran.
- Los usuarios deben solicitar hora para ingresar al programa, de acuerdo con los procedimientos definidos en cada uno de los centros de atención.
- La primera atención de ingreso al programa de control y seguimiento es realizada por un profesional de la salud –enfermera o matrona–, quien hace el ingreso, verifica el resultado de la confirmación realizada por el ISP, solicita exámenes complementarios y cita al paciente para atención con un médico.
- Debe existir agenda para cada uno de los profesionales que realicen atenciones, además de hojas diarias de atenciones.

2. Ingreso de usuarios al sistema de salud (puertas de entrada)

Las personas pueden ingresar al proceso de diagnóstico y confirmación del VIH a través de diferentes establecimientos que constituyen puertas de entrada a los establecimientos de las redes públicas y establecimientos privados del sistema de salud. Cada una de estas puertas de entrada tiene sus particularidades, las que van a depender en parte de su especificidad, como también del grupo de origen –tipo de usuario– que accede.

En la figura siguiente se detallan las principales puertas de entrada y los grupos de origen que mayoritariamente acceden a través de ellas.

Puertas de Entrada

Atención Ambulatoria



* Se han incorporado estos usuarios en ambas puertas de entradas ya que éstas variarán de acuerdo con la organización de cada red de atención pública o privada.

En cada una de estas puertas de entradas, y según el tipo de paciente o usuario que ingrese, puede haber algunas variaciones al proceso general descrito en los capítulos anteriores. En los siguientes párrafos se describen las acciones específicas de acuerdo con estos criterios y se describen los principales puntos críticos que deben ser considerados para asegurar la continuidad de la atención.

3. Puntos críticos por puerta de entrada al proceso de atención clínica

Los puntos críticos corresponden a etapas clave del proceso para la continuidad de la atención del usuario.

a. Proceso y flujo de donantes de sangre

Puerta de entrada: casas de donantes de centros de sangre, y bancos de sangre de establecimientos públicos y privados.

Tipo de usuario: donante de sangre.

La puerta de entrada en este caso debe ser entendida como el lugar físico dónde se extrae la sangre, ya sea de donantes altruistas voluntarios o donantes de reposición.

Los puntos críticos del proceso, tienen relación con:

- Consejería pretest.
- Información de resultado no reactivo al tamizaje y negativo posanálisis del ISP.
- Realización de la prueba de identidad y derivación a la red asistencial en caso de confirmación positiva por parte del ISP, para entrega de resultado/consejería postest, control y tratamiento definido en la red.

Consejería pretest

En este caso se aplica la **consejería y detección del VIH en donantes** de sangre, descrita en el capítulo VIII de este Manual, pág. 132 y 134. La consejería está orientada a informar de los objetivos de la donación y la realización del test a la sangre, a fin de que el usuario decida si acepta el procedimiento o se autoexcluye. Se debe enfatizar en que los *screening* practicados a la sangre de los donantes son obligatorios y permiten evitar las infecciones transmitidas por sangre, por ello se realiza –entre otros– el test de detección del VIH, permitiendo con ello disponer de sangre y productos sanguíneos que garanticen la seguridad para el donante y el receptor.

Existe en la ficha de cada donante un documento de consentimiento informado²⁶. Éste tiene por objetivo que el usuario esté en conocimiento de los exámenes que se le realizarán a la sangre donada.

Asimismo, el documento señala que en caso de que estos exámenes resulten positivos (cualquiera de ellos) se le comunicará al usuario, según el procedimiento establecido por cada red.

Información de resultado no reactivo al tamizaje o negativos posanálisis del ISP

En este caso **no se informan los resultados al donante**²⁷, dado que esta regla aplica cuando se trata de pacientes²⁸ y usuarios²⁹. Si un donante cuyo examen resultó no reactivo solicita la entrega del mismo, se debe derivar al lugar definido en la red de establecimientos públicos o privados para la entrega del resultado con consejería post – test.

Realización de la prueba de identidad y derivación a la red asistencial en caso de confirmación positiva (ISP), para entrega de resultado consejería postest, control y tratamiento.

La cartera de servicios ofertada por el banco de sangre tiene relación con exámenes realizados sobre la muestra para la entrega de productos seguros (componentes sanguíneos para transfusión), por lo tanto, cuando una mues-

²⁶ Véase modelo sugerido en anexo a páginas 153 y 154.

²⁷ Donante: se refiere a aquella persona que acude a un Establecimiento de Salud a donar sangre u órganos.

²⁸ Paciente: se refiere a cualquier persona que está en control ambulatorio por alguna causa en Establecimientos de Salud, o que se encuentra hospitalizado en algún servicio clínico de un Establecimiento de atención cerrada

²⁹ Usuario: se refiere a una persona que solicita el examen de detección del VIH por iniciativa propia en un establecimiento de salud.

tra es confirmada como positiva por el ISP, el donante pasa a ser paciente, por lo que las acciones a partir de la prueba de identidad deben realizarse en la red asistencial más cercana a la residencia del paciente. Para asegurar la continuidad de la atención de los pacientes, se requiere que una vez que se detecte que ese donante tiene una confirmación positiva para el VIH sea derivado a un establecimiento de la red de atención, cercana a su residencia o a la inscripción en un establecimiento de atención primaria, para que se le realice la prueba de identidad y se le informe de su condición a través de la consejería postest. En el caso de los donantes pertenecientes al sector privado que hayan donado en establecimientos públicos, se les deberá citar para realizar la prueba de identidad e informar su resultado, indicándoles que deben acudir a un establecimiento de la red de su seguro de salud para continuar con su proceso de atención.

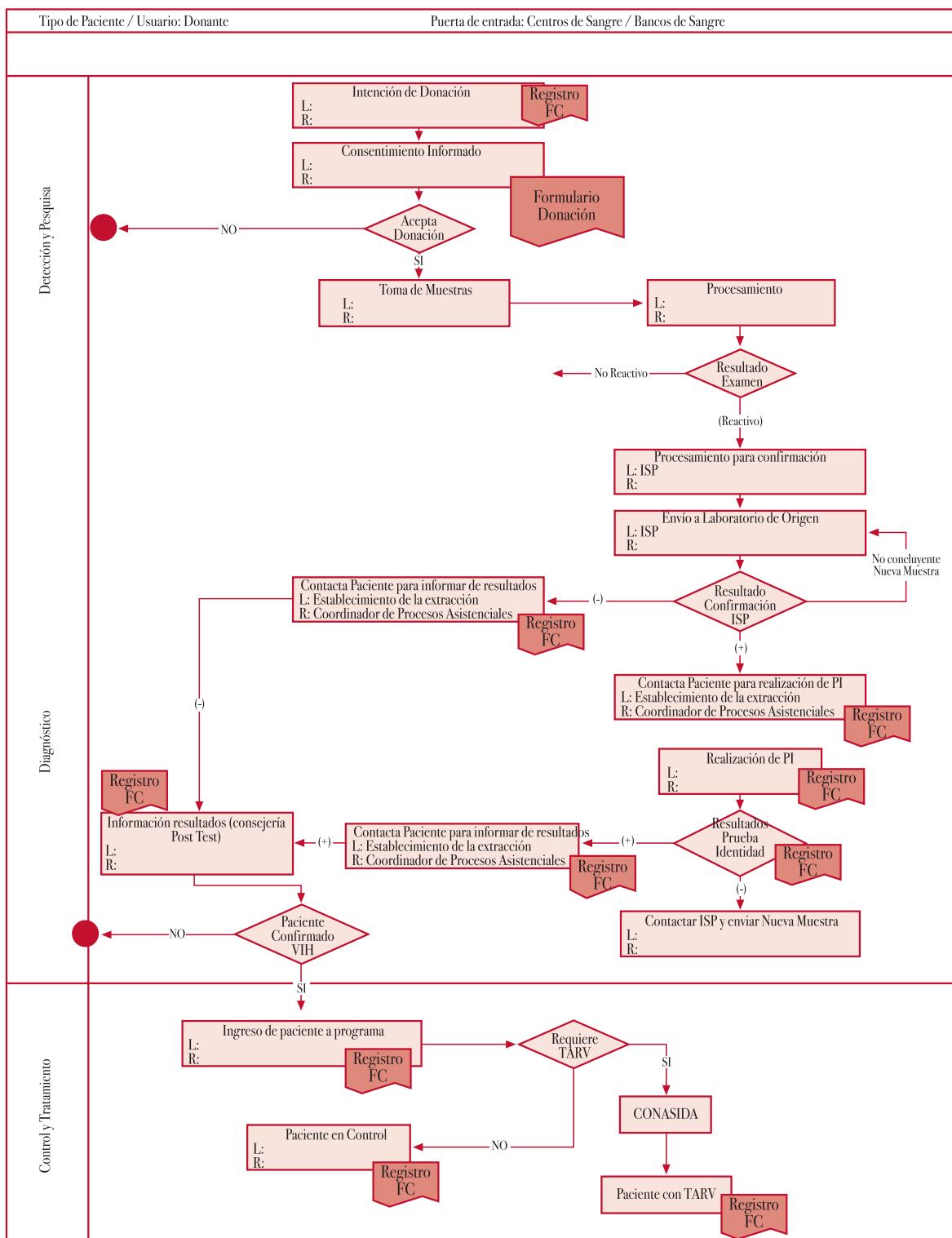
Dado que el resultado positivo llega al banco de sangre del establecimiento, éste debe informar, en el caso de los establecimientos públicos, al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento al cual pertenece (ver página 82), con el fin de que este último realice las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la citación del paciente a la prueba de identidad. La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88.

Si el paciente reside en una jurisdicción de otro Servicio de Salud, el coordinador de procesos asistenciales del establecimiento deberá enviar oficialmente los antecedentes, a través de un oficio reservado, al coordinador del Servicio de Salud de dicha red (ver página 82), para que éste gestione el envío oficial, a través de un oficio reservado de director a director de Servicio de Salud, y coordine con el Servicio de Salud respectivo la citación del paciente a la realización de la prueba de identidad, manteniendo la confidencialidad de los datos del paciente durante todo el procedimiento.

En el caso de los centros de sangre en los cuales se centraliza el procesamiento, será éste el que recibirá el informe de confirmación del ISP y deberá referirlo al establecimiento en el cual se extrajo la sangre, con el fin de que éste realice la prueba de identidad en coherencia con lo ya indicado.

En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, el paciente debe ser derivado a la red asistencial establecida para la entrega de resultado con consejería postest e ingresado a control y tratamiento, si este último corresponde.

Ilustración 4: fluograma centro de sangre–banco de sangre



Simbología:

Registro FC

salida del proceso de atención

A red diamond shape, which is a rhombus with all sides of equal length.

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.
R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

Considerando el marco conceptual y fluograma previo, en el anexo d páginas 170 a 176, se realiza una descripción específica de procedimientos asociados con el examen de detección del VIH y sus resultados, los documentos técnicos y normativos de referencia o metodología de realización, el personal responsable, la información a registrar y el instrumento de registro.

b. Proceso y flujo en usuarios/pacientes de atención ambulatoria: por control en programas de salud, consulta médica y consultantes por iniciativa propia

Puerta de entrada: consultas médicas; establecimientos de atención primaria del sector público; consultas de especialidad.

Tipos de usuarios

- Embarazadas³⁰
- Personas en control por TBC
- Pacientes en diálisis
- Personal de salud: exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo para el VIH.
- Consultantes espontáneos a cualquier establecimiento ambulatorio público o privado que deseen, por iniciativa propia, tomarse el examen.
- Consultantes por ITS en el sector público o privado o personas en control en Unidades de Atención y en Control de Salud Sexual (UNACESS).
- Pacientes en los que el médico, y/o profesional de la salud, indique el examen por signos sugerentes de infección por VIH.
- Víctima de violencia sexual³¹.

³⁰ En el caso de una embarazada con edad gestacional avanzada cuyo test de detección resulta reactivo, deberá ser referida al centro de atención de PVVIH con el fin de evaluar la pertinencia de inicio de Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical y su derivación al Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico.

³¹ De acuerdo con la organización de cada red de atención pública o privada, este usuario puede ingresar por esta puerta de entrada o por la puerta de entrada hospitalización.

Los puntos críticos del proceso, tienen relación con:

- Consejería pretest.
- Información de resultado no reactivo al tamizaje o negativo posanálisis del ISP.
- Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a lugar de la red asistencial definida para control y tratamiento.

Consejería pretest

La oferta o solicitud del examen de detección del VIH se realiza por indicación de normativas ministeriales, por situaciones clínicas en las cuales el médico y/o profesional de la salud, indique el examen por signos sugerentes de infección por VIH, o bien por consultantes que por iniciativa propia soliciten realizarse el mismo.

Las consejerías que se aplican en este caso corresponden a:

- Consejería y detección del VIH en el que el profesional de salud ofrece el examen.
- Consejería y detección del VIH por iniciativa del usuario.

En el capítulo VIII de este Manual se encuentra la descripción en detalle de ambas consejerías, pág. 135 a 138 y en el anexo b, pág. 155 se encuentra un formato sugerido de consentimiento informado.

Información de resultados no reactivo al tamizaje o negativo posanálisis del ISP

En este caso se informan los resultados al usuario, con consejería postest en el lugar de solicitud del examen (ver capítulo VIII, pág. 139)

Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a lugar de la red asistencial definida para control y tratamiento, si así se requiriera.

La cartera de servicios ofrecida por el establecimiento tiene relación con la realización del examen con fines diagnósticos. Esto para la toma de decisiones relacionadas con la disminución de los riesgos asociados a la infección por VIH. En términos generales, se busca acceso a diagnóstico, control y tratamiento oportunos³³.

Dado que el resultado del ISP llega al laboratorio del establecimiento del cual fue derivado, este último debe informar al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento que originó la muestra (Ver página 82).

El coordinador de procesos asistenciales es responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la citación del paciente a la realización de la prueba de identidad, en el caso en que éste se encuentre inasistente a la citación (fecha) acordada en la consejería pretest

La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88. En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, es óptimo que el profesional que solicitó el examen entregue los resultados/consejería postest al paciente y lo derive al lugar de control y tratamiento definido en la red. Si esto no fuese posible, el establecimiento debe definir y oficializar el procedimiento que se realizará.

Considerando el marco conceptual y fluograma previo, en los anexos e y f y pág. 177 a 189, se realiza una descripción específica de procedimientos asociados al examen de detección del VIH y sus resultados, los documentos técnicos y normativos de referencia o metodología de realización, el personal responsable, la información a registrar y el instrumento de registro.

³³ En el caso de las embarazadas se busca evitar o disminuir la transmisión vertical, en las personas en control por TBC, dado la alta asociación TBC-VIH, se pretende realizar el diagnóstico precoz con el objetivo de mejorar el pronóstico de ambas patologías y adecuar los esquemas terapéuticos a esta asociación. En el caso de los consultantes por ITS o personas en control en UNACESS, y dado que la presencia de ITS es un factor de vulnerabilidad frente al VIH, se busca acceso a un diagnóstico y tratamiento oportuno. Por otro lado, se busca incidir en la prevención secundaria para quienes ya viven con el VIH.

c. Atención ambulatoria: caso específico diálisis

Puerta de entrada: centros de diálisis

Tipo de usuario: pacientes en diálisis

Los puntos críticos del proceso, tienen relación con:

- Consejería pretest
- Información de resultado no reactivo al tamizaje o negativo posanálisis del ISP.
- Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a lugar de la red asistencial definido para control y tratamiento, si este último se requiriera.

Consejería pretest

La oferta o solicitud del examen de detección del VIH se realiza en el contexto de la normativa ministerial sobre la diálisis.

En este caso se aplica la consejería y detección del VIH en que el profesional de salud ofrece el examen. En el capítulo VIII de este Manual, pág. 132, 135 a 137, se encuentra la descripción en detalle de esta consejería y en el anexo b (ver página 155) se encuentra un formato sugerido de consentimiento informado.

Información de resultado no reactivo al tamizaje, o negativo posanálisis del ISP

En este caso se informan los resultados al usuario, con consejería postest en el lugar de solicitud del examen (ver capítulo VIII, pág. 139 y 140).

Realización de la prueba de identidad en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a lugar de la red asistencial definida para control y tratamiento, si se requiriera.

La cartera de servicios ofrecida por el establecimiento tiene relación con la realización del examen con fines diagnósticos. Ello para la toma de decisiones relacionadas con la disminución de los riesgos asociados con la infeción por VIH.

En términos generales, se busca acceso a un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Dado que el resultado del ISP llega al laboratorio del cual fue derivado, este último debe informar al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento público o privado que originó la muestra. El coordinador es responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento público o privado, para la citación del paciente a la prueba de identidad. La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88.

En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, es óptimo que el profesional que solicitó el examen entregue los resultados/consejería postest al paciente y derive al lugar de control y tratamiento definido en la red de atención pública o privada. Si esto no fuese posible, el establecimiento público o privado debe definir y oficializar el procedimiento que se realizará.

d. Atención ambulatoria: caso específico organismos no gubernamentales (ONG)

Puerta de entrada: organismos no gubernamentales (ONG) que cumplen con los requisitos normativos para toma de exámenes.

Tipo de usuario: Persona que se acerca por iniciativa propia al organismo para solicitar el examen y conocer su estado serológico.

Los puntos críticos del proceso, tienen relación con:

- Consejería pretest

- Información de resultado no reactivo al tamizaje, o negativo posanálisis del ISP.
- Realización de la prueba de identidad en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a control y tratamiento, si este último se requiriera.

Consejería pretest

En este caso se aplica la consejería y detección del VIH por iniciativa del usuario, descrita en el capítulo VIII, pág. 137 y 138.

Información de resultado no reactivo al tamizaje, o negativo posanálisis del ISP.

En este caso se informan los resultados al usuario, con consejería postest en el lugar de solicitud del examen, de acuerdo con lo indicado en el capítulo VIII, pág. 139 y 140.

Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a control y tratamiento, si así se requiriera.

La cartera de servicios ofrecida por la organización en términos generales se relaciona con el acceso a un diagnóstico y tratamiento oportunos, así como a la promoción de conductas preventivas.

Dado que el resultado del ISP llega al laboratorio al cual la ONG envió el examen para su procesamiento, debe estar claramente explicitado lo siguiente:

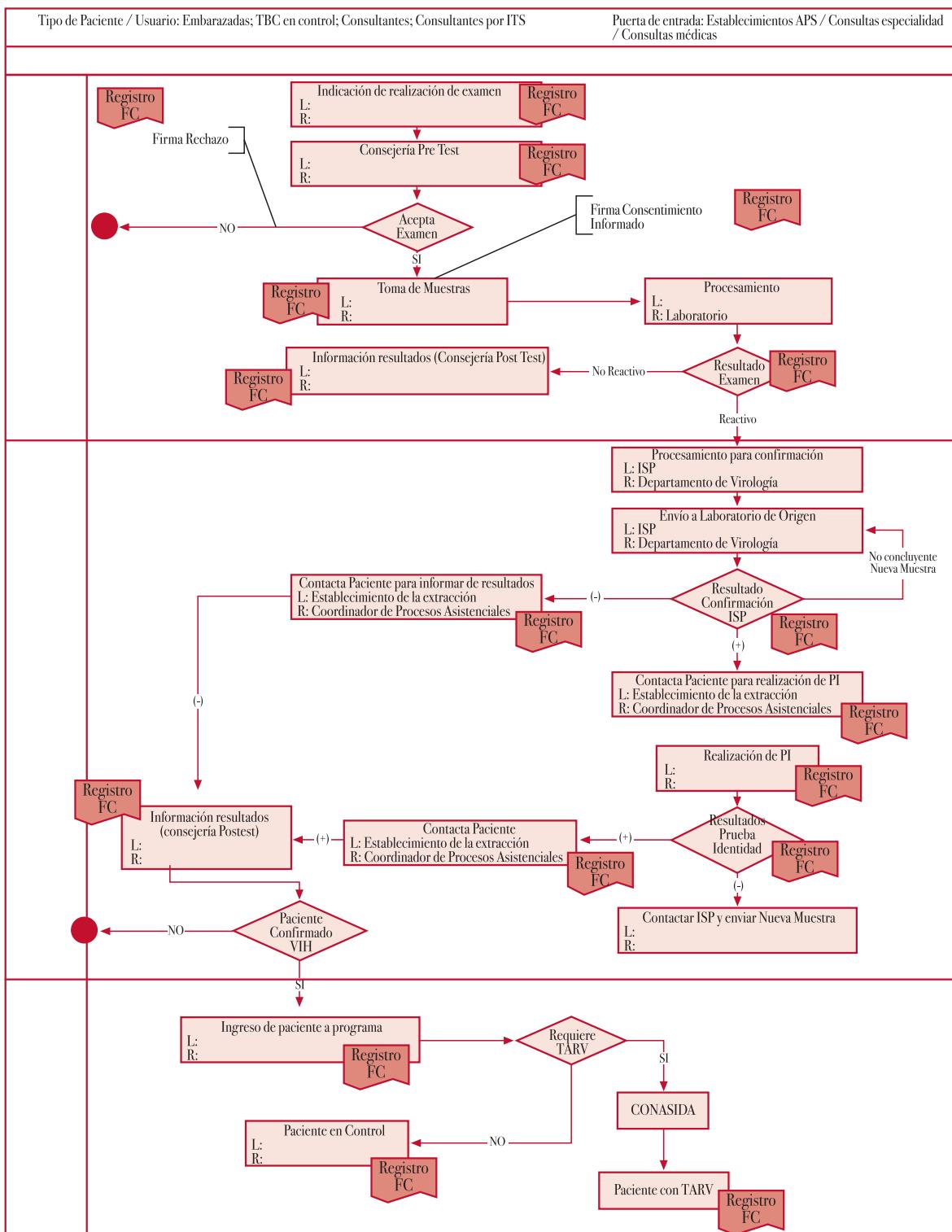
- Procedimiento para comunicación y envío de resultado del ISP desde el laboratorio a la ONG.
- Procedimiento de citación de la persona y lugar para realización de la prueba de identidad.

En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, es óptimo que la persona que realizó la consejería pretest y solicitó el examen entregue los resultados/consejería postest al paciente, capítulo VIII, páginas 140 y 141.

Respecto de la derivación a un centro de atención a personas viviendo con VIH, con el fin de que la persona acceda a control y tratamiento si lo requiere, se debe considerar lo siguiente:

- Si el paciente es beneficiario del sector público de salud, la ONG debe establecer la coordinación y/o convenio con uno o más Servicios de Salud para tales efectos.
- Si el paciente es beneficiario del sector privado de salud se derivará de acuerdo a la red de atención de su seguro de salud y/o a la que decida el paciente.

Ilustración 5: flujograma usuario/paciente atención ambulatoria



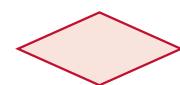
Simbología:



registro en
ficha clínica



salida del proceso
de atención



decisión

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

e. Paciente hospitalizado

Puerta de entrada: hospitalización.

Tipos de pacientes:

- Pacientes hospitalizados en servicios clínicos de establecimientos de salud públicos o privados.
- Embarazadas que llegan a la maternidad sin examen de detección previa.
- Recién nacidos hijos de madres VIH +.
- Donantes de órganos.

Pacientes hospitalizados en servicios clínicos

El servicio clínico en el cual está hospitalizado el paciente y solicita el examen es el responsable de realizar la consejería pretest. El tipo a realizar corresponde a la consejería y detección del VIH en el que el profesional de salud ofrece el examen. Asimismo, se debe cumplir con todos los procedimientos relativos a la toma de muestra de sangre y rotulación del tubo de acuerdo a lo descrito entre las página 40 y 42.

El punto crítico en este proceso es el momento del alta del paciente:

- antes de la llegada del resultado del examen de detección del VIH no reactivo al tamizaje, o negativo posanálisis ISP;
- antes de la llegada del resultado del examen de detección del VIH y la respectiva confirmación del ISP.

El resultado del ISP llegará al laboratorio del establecimiento que originó la muestra. El responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento (ver página 82).

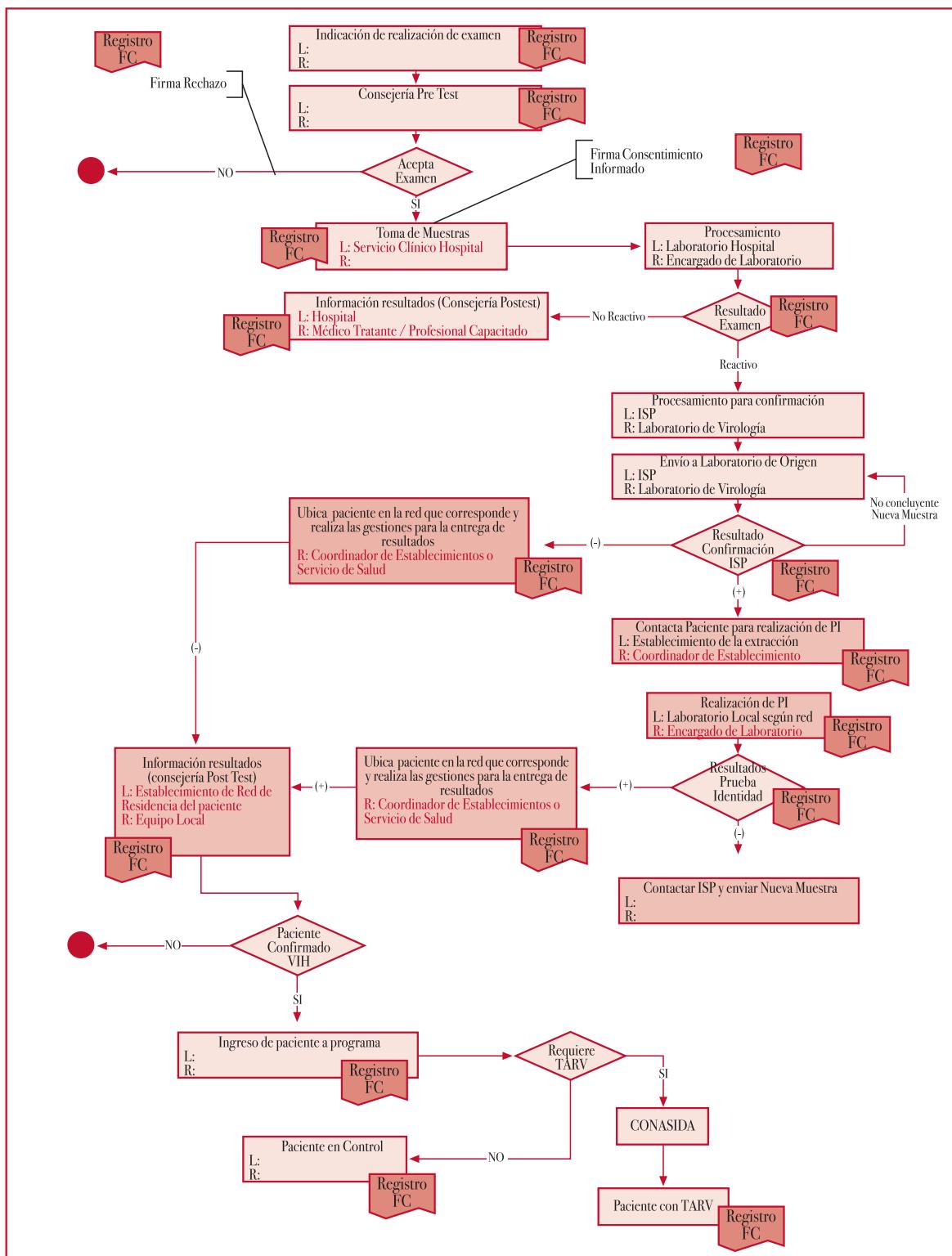
El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario es responsable de informar y derivar la documentación al establecimiento de la red correspondiente a la residencia del paciente, así como informar las acciones realizadas al Servicio de Salud.

El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de destino es el responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la entrega de resultado/consejería postest no reactivo o negativo, y la citación del paciente a la prueba de identidad, cuando el examen fue confirmado por el ISP. La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88.

En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, tanto la entrega del resultado del examen/consejería postest al paciente como la derivación al lugar de control y tratamiento definido en la red asistencial, deben ser realizadas por un profesional capacitado en consejería, por lo cual el establecimiento debe definir y oficializar el procedimiento respectivo.

Existe la posibilidad de que a pacientes que estén hospitalizados para ser intervenidos quirúrgicamente, se les soliciten y tomen exámenes de detección aún cuando el flujo habitual debiera ser solicitar y tomar estos exámenes de manera ambulatoria, en caso de ser requerido. En esta situación, se deberá seguir el mismo flujo antes descrito para la solicitud y toma del examen de detección del VIH, lo cual no debe interferir en la decisión del procedimiento quirúrgico.

Ilustración 6: flujograma usuarios/pacientes hospitalizados



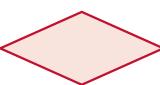
Simbología:



registro en
ficha clínica



salida del proceso
de atención



decisión

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

Embarazadas que ingresan a maternidad sin que el equipo de salud conozca la realización y el resultado del examen de detección del VIH durante el embarazo.

Los **puntos críticos** en este proceso corresponden a:

- ingreso al establecimiento, ya sea para el parto u hospitalización en servicio de alto riesgo obstétrico;
- después del resultado reactivo local y la llegada del resultado negativo posanálisis ISP;
- antes de la llegada del resultado del examen de detección del VIH y la respectiva confirmación del ISP.

La indicación de la toma del examen de detección de VIH a una embarazada que ingresa a la maternidad de un establecimiento, se realiza si el equipo de salud desconoce si la paciente se ha controlado el embarazo o si efectivamente no se lo ha controlado³⁴.

Si la paciente se controló el embarazo, la toma del examen se registrará en el carné de control. Complementariamente, debe implementarse un mecanismo de coordinación entre los establecimientos de atención primaria o los encargados de realizar los controles en el caso del sector privado, con el establecimiento y los respectivos profesionales en el cual la paciente tendrá su parto, con el fin de optimizar la toma del examen, no realizarlo nuevamente y conocer oportunamente el resultado del mismo.

Si está indicada la realización del examen, y el establecimiento cuenta con acceso oportuno al análisis del test de tamizaje utilizado de RUNina para detección del VIH, durante el preparto deberá utilizarse este procedimiento. Si, por el contrario, no se dispone de este servicio, se deberá aplicar el test rápido que cuente con la evaluación y recomendación del ISP, junto con todos los procedimientos asociados, es decir, consejería pretest y firma del consentimiento informado³⁵ (ver capítulo VIII, pág. 135 a 137). No obs-

³⁴ Oferta y toma de muestra para test de tamizaje para VIH, o test rápido según procedimiento descrito en: Norma General Técnica N^a 81, Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, aprobada por Resolución Exenta N^a 622 del 17 de octubre de 2005, o versión posterior si es que hubiere, y *Cuía clínica síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida VIH/SIDA, Garantía Explícita en Salud vigente*.

³⁵ En el caso que la paciente no dé su consentimiento, y respecto de la realización del test de detección de VIH al recién nacido, cabe señalar que una vez nacido el menor es una persona independiente de su madre y si ella no concede la autorización para la realización del examen es posible recurrir a los tribunales en defensa del menor, a través de un recurso de protección en resguardo de su derecho a la vida, y obtener de los tribunales autorización para proceder.

tante lo anterior, se debe completar el algoritmo diagnóstico definido por norma.

Cuando el examen es reactivo local, se deberá aplicar el protocolo de prevención de la transmisión vertical del VIH a la paciente y al recién nacido, y se enviarán muestras de sangre de la madre y del recién nacido al ISP para su respectivo análisis. Se deberá informar a la paciente sobre el resultado reactivo del examen de detección, enfatizando en que el mismo debe ser confirmado por el ISP y que el beneficio de la aplicación del protocolo supera ampliamente los riesgos de su uso en caso de falsos positivos. Los resultados de los análisis realizados por el instituto llegarán al laboratorio del establecimiento que originó la muestra. El responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento (ver página 82).

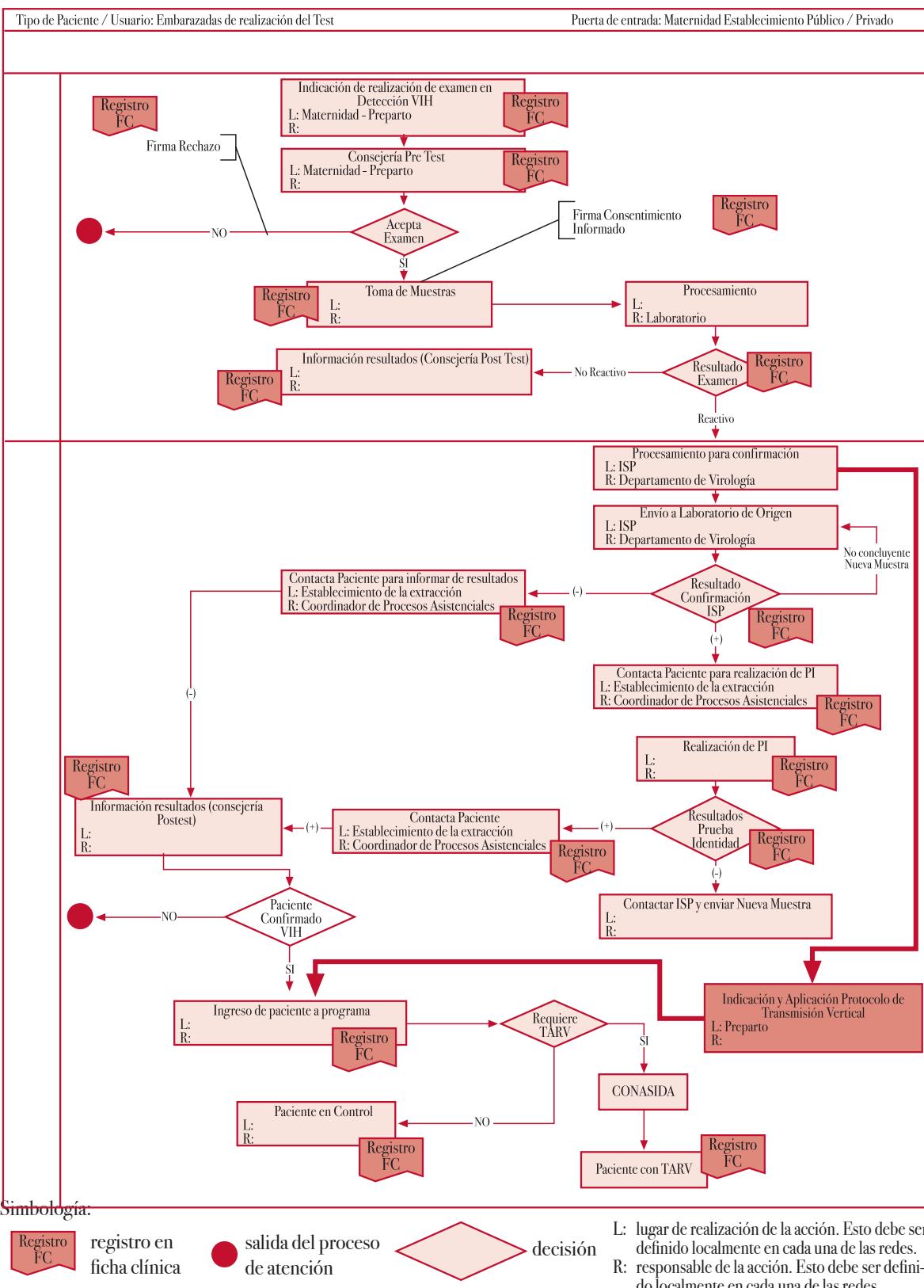
Al momento del alta, la madre y el recién nacido serán citados a control a los centros de atención de VIH para adulto y pediátrico, respectivamente, definidos en la red del Servicio de Salud, o al establecimiento privado que corresponda según su previsión, para seguimiento específico de ambos. Asimismo, se deberá asegurar que el recién nacido reciba el beneficio de la leche maternizada.

El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario es responsable de informar y derivar la documentación al centro de atención a personas viviendo con VIH al cual fue referida la madre y al servicio de atención pediátrica definido en la red del Servicio de Salud para la atención y seguimiento del recién nacido. Asimismo, deberá informar las acciones realizadas al Servicio de Salud. En el caso del sector de salud privado, debe establecerse las responsabilidades y flujogramas de acuerdo con la organización de cada establecimiento.

El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento en el cual se encuentra el centro de atención a personas viviendo con VIH y el servicio de atención pediátrica son los responsables de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el mismo para la entrega de resultado/consejería postest negativo posanálisis del ISP y la citación de la paciente a la prueba de identidad, cuando el examen fue confirmado por el ISP. La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88. En el caso del sector privado de salud debe establecerse las responsabilidades y flujogramas de acuerdo a la organización de cada establecimiento.

En aquellos casos con prueba de identidad confirmada, tanto la entrega del resultado del examen/consejería postest a la paciente deberá realizarse por un profesional capacitado en consejería en el centro de atención al cual fue referido al momento del alta de la maternidad. En el caso del sector de salud privado, debe establecerse las responsabilidades y flujogramas de acuerdo con la organización de cada establecimiento.

Ilustración: flujograma maternidad embarazadas sin conocimiento realización examen detección VIH



Recién nacido hijo de madre VIH (+) conocida

Los puntos críticos del proceso son:

- previo al ingreso de la embarazada para el parto;
- durante el preparto, parto para aplicación del protocolo de la preventión de la transmisión vertical;
- durante el postparto, para la aplicación del protocolo de la prevención de la transmisión vertical al recién nacido,
- posterior al momento del alta de la madre y el recién nacido.

Dado que durante el embarazo la paciente del sector público estará simultáneamente en control en el centro de atención a personas viviendo con VIH y en el policlínico de alto riesgo obstétrico, es esencial la coordinación entre estas instancias y el establecimiento en el cual se programará el parto, así como con el servicio de atención de SIDA pediátrico y la farmacia del establecimiento. Los profesionales encargados de la coordinación de ambos establecimientos, en caso de ser diferentes, son responsables de comunicarse y coordinar con los profesionales del establecimiento en que ocurrirá el parto para su programación, y la preparación para la aplicación del la Norma y Protocolo de la Prevención de la Transmisión Vertical, tanto a la madre como al recién nacido. Esto implica la comunicación oportuna al servicio de SIDA pediátrico de la red del Servicio de Salud, a los turnos que recibirán a la paciente en obstetricia y al recién nacido en neonatología. El sector de salud privado, igualmente, debe cumplir con el control de embarazo adecuado y la preparación para la atención del parto y tratamiento oportuno del recién nacido.

Una vez que la paciente ingresa al establecimiento en el cual ocurrirá el parto, se debe aplicar la Norma y Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH a la paciente en el preparto, parto y postparto, así como al recién nacido.

Después del parto se realizará la evaluación clínica del recién nacido, con asesoría de la unidad a cargo del tratamiento y seguimiento de los casos de SIDA pediátrico, y se tomarán los exámenes de sangre para el diagnóstico de la infección por VIH dentro de las primeras 48 horas de vida, los cuales se enviarán enviados al ISP con el formulario de muestras para SIDA pediátrico para

su respectivo análisis. Todas las acciones realizadas con la madre y el recién nacido deben quedar registradas en las fichas clínicas respectivas.

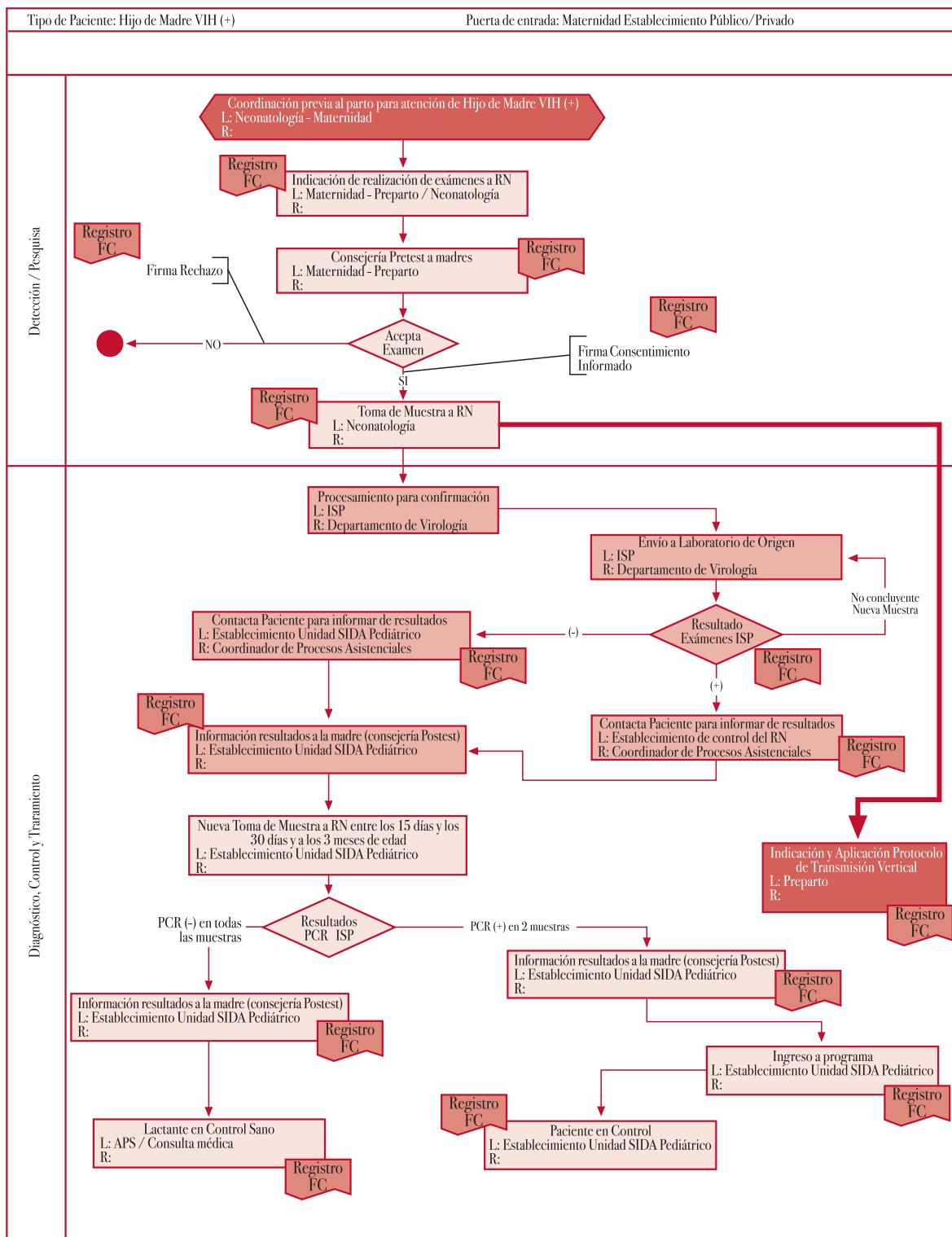
Al momento del alta, la madre se citará a control al establecimiento en el cual se controlaba previamente. En el caso del recién nacido se dejará citado al servicio de SIDA pediátrico definido en la red para el seguimiento del mismo. Se deberá asegurar que el recién nacido reciba el beneficio de la leche maternizada.

Los resultados del análisis del ISP llegarán al laboratorio del establecimiento que originó la muestra, donde deberá ser remitido al coordinador de procesos asistenciales.

El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario es responsable de informar y derivar la documentación a los servicios clínicos a los cuales fueron referidos la madre y el recién nacido e informar las acciones realizadas al Servicio de Salud.

El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento en el cual se encuentran el centro de atención a PVVIH y el servicio de SIDA pediátrico es el responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el mismo, para realizar el seguimiento de la madre y concluir el proceso diagnóstico del recién nacido. La citación se realizará en concordancia con los procedimientos descritos entre las páginas 86 y 88.

Flujograma atención recién nacido hijo de madre VIH (+)



Simbología:



registro en
ficha clínica



salida del proceso
de atención

decisión

L: lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.
R: responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes.

Considerando el marco conceptual y fluograma previo, en el anexo g, pág. 190, se realiza una descripción específica de procedimientos asociados al examen de detección del VIH y sus resultados, los documentos técnicos y normativos de referencia o metodología de realización, el personal responsable, la información a registrar y el instrumento de registro.

Donantes de órganos

Donante cadáver

En este caso, lo que se requiere cautelar es la seguridad del órgano a trasplantar. Es por ello que el flujo parte con la toma de muestra de sangre para la realización del examen de detección del VIH, cuyo resultado determinará si dicho órgano es aceptado o rechazado para ser trasplantado. Respecto de un resultado confirmado como positivo por el ISP, ver páginas 79 y 80.

Donante vivo

El proceso es similar al donante de sangre. Se identifican los mismos puntos críticos y el abordaje de ellos son los mismos (ver página 51).

Atenciones de urgencia

Tipos de usuarios:

- Víctima de violencia sexual³⁶.
- Personal de salud: exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo.
- Atenciones de urgencia habituales.

Esta puerta de entrada actúa sólo como toma de muestra, por lo tanto, es la responsable de realizar la consejería pretest.

En el caso de que estas personas consulten en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), y puesto que estos establecimientos no consideran en su cartera de servicios la resolución de estos problemas, se deberá

³⁶ De acuerdo con la organización de cada red de atención pública o privada, este usuario puede ingresar por esta puerta de entrada o por la puerta de entrada atención ambulatoria.

realizar la atención a través de una consulta de morbilidad y derivar el caso al establecimiento definido en la red de establecimientos del Servicio de Salud como puerta de entrada para estos casos.

Los puntos críticos corresponden a los mismos mencionados en la puerta de entrada hospitalización:

- La información de resultados no reactivos al tamizaje o negativos postsanálisis del ISP.
- La realización de la prueba de identidad.
- La información de resultados postprueba de identidad/consejería posttest, y la derivación a lugar de la red asistencial definida para control y tratamiento, este último si se requiriese.

El laboratorio del establecimiento que recepciona la muestra de sangre derivada desde el servicio de urgencia enviará el resultado, cualquiera que este sea, al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento, el cual deberá proceder de acuerdo con la situación del paciente, es decir, hospitalización o alta, situaciones que fueron descritas previamente.

Considerando el marco previo (en el anexo h, pág. 199), se realiza una descripción específica de procedimientos asociados con el examen de detección del VIH y sus resultados, los documentos técnicos y normativos de referencia o metodología de realización, el personal responsable, la información a registrar y el instrumento de registro.

f. Personal de salud: exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo

Los procedimientos a realizar frente a una exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo de un trabajador de salud se encuentran descritos específicamente en la Norma General Técnica N° 48 sobre Manejo Post Exposición Laboral a Sangre, en el Contexto de la Prevención de la Infección por VIH, aprobada por el Decreto Exento N° 561, del 7 de marzo de 2000, del Minsal.

En los establecimientos debe designarse a un profesional del comité local de infecciones intrahospitalarias como responsable del sistema de vigilancia y seguimiento de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Esta designación es responsabilidad de la máxima autoridad del establecimiento.

El profesional designado será responsable del cumplimiento de la norma, elaboración de documentos con información acerca del seguimiento y evaluación de la misma para su inclusión en la memoria del establecimiento, así como el envío de una copia a la dirección de Servicio de Salud respectiva.

El cumplimiento de la norma indicada debe incluir:

- evaluación del riesgo de exposición;
- oferta del test de tamizaje para VIH para el personal de salud y caso índice, si procede;
- cumplimiento del protocolo;
- seguimiento de los casos;
- contacto con mutual o INP para el tratamiento, abastecimiento o devolución de fármacos, y control de las reservas de éstos.

Cada Servicio de Salud es responsable de elaborar, difundir y disponer en cada establecimiento de la red, de un manual de procedimientos que explique claramente el fluograma de derivación y atención de un trabajador de salud que ha tenido una exposición laboral a sangre y fluidos corporales de riesgo, así como de evaluar la aplicación de la norma.

g. Personas víctimas de violencia sexual

Los procedimientos a realizar frente a una persona víctima de violencia sexual, específicamente en relación al VIH/SIDA, se encuentran descritos en las Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual.

«La persona que ha sido víctima de violencia o abuso sexual y que consulta en un servicio de urgencia, debe recibir una atención que le permita acceder a actividades de acogida, de exploración clínica, de tratamiento de sus lesiones, de tratamiento preventivo, de orientación y derivación, de toma y conservación de muestras y de elaboración del informe pericial correspondiente.»³⁷

³⁷ Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, aprobada por Resolución Exenta N° 527/04 del Ministerio de Salud.

«Para ello, es necesaria la coordinación y trabajo conjunto entre los servicios de urgencia y maternidades, carabineros, Servicio Médico Legal y el Ministerio Público. En este último caso, tanto con fiscales como con las unidades de atención a las víctimas y testigos, con el objetivo de asegurar la atención expedita, privada y respetuosa de la difícil situación de la víctima. Evitar la repetición de procedimientos y trámites, entregar la mejor información y orientación que le permita hacer valer su derecho a que se juzgue al agresor, la proteja de nueva violencia, reciba el o los tratamientos que necesita para recuperar su salud física sexual y mental, y prevenir las consecuencias que para la persona pueda tener la violencia sexual sufrida.

En consecuencia, los servicios de urgencia y maternidades deben disponer de la guía clínica y los protocolos de atención de personas que han sufrido violencia o abuso sexual vigentes y de los insumos para el diagnóstico y prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre las que está el VIH/SIDA y embarazos no deseados producto de una violación.»³⁸

Cada Servicio de Salud es responsable de elaborar, difundir y disponer en cada establecimiento de la red de un manual de procedimientos que explique claramente el flujograma de derivación y atención de una persona víctima de violencia sexual, así como de evaluar la aplicación de la norma.

h. Establecimientos de salud privados

Puerta de entrada

Establecimientos de salud privados: clínicas, hospitales, centros médicos, prestadores individuales y laboratorios clínicos.

Tipos de usuarios

Usuarios/pacientes a los cuales el profesional de salud solicita u ofrece el examen en el contexto de normativas ministeriales, por criterios clínicos, o por iniciativa del usuario.

³⁸ En las regiones donde esta implementada la Reforma Procesal Penal desde 2004 la R.P. Penal está en todo Chile.

³⁸ Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, aprobada por Resolución Exenta N° 527/04 del Ministerio de Salud.

Los puntos críticos del proceso, tienen relación con:

- Consejería pretest.
- Entrega de resultado no reactivo y negativos posanálisis del ISP.
- Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a control médico y tratamiento (si se requiere), de acuerdo a previsión y decisión del paciente.

Consejería pretest es de responsabilidad del profesional solicitante y, en el caso que el usuario acuda directamente a un laboratorio clínico, son los profesionales de este último los responsables de realizarla.

Entrega de resultado no reactivo local, o negativo posanálisis del ISP

La responsabilidad de la entrega del resultado no reactivo local, o negativo posanálisis del ISP es del profesional solicitante.

En el caso que el usuario se hubiese realizado directamente el test en un laboratorio clínico, son los profesionales de éste último los responsables de realizarla.

Realización de la prueba de identidad, en caso de confirmación positiva del ISP, entrega de resultado/consejería postest y derivación a control y tratamiento, si este se requiriera.

Cualquiera sea la vía de solicitud del examen, si el resultado es reactivo local³⁹, el laboratorio que realiza el análisis del examen es el responsable de:

- Enviar muestra y formulario de muestras al ISP, de acuerdo a lo indicado en Norma de Vigilancia de Laboratorio, de 2006, del Instituto de Salud Pública.

³⁹ De acuerdo con el reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.

- Registrar en formato papel y electrónico del laboratorio, fecha, responsable y resultado del análisis, profesional y establecimiento que solicita el examen, fecha y responsable de envío de la muestra al ISP para confirmación.⁴⁰

Si resultado del ISP es negativo (-): se indicó procedimiento previamente.

Si resultado de ISP es positivo (+): se debe realizar la prueba de identidad de acuerdo con el mecanismo informado al paciente al momento de la consejería pretest.

No obstante lo anterior, si el examen fue solicitado por un prestador privado diferente al laboratorio, se debe derivar el resultado al profesional que solicitó el examen para que éste gestione la realización de la prueba de identidad y, una vez realizada, informe al paciente con consejería postest y derive a control médico de acuerdo con la previsión y decisión del paciente.

Si el examen se realizó por iniciativa del usuario, el laboratorio realizará la prueba de identidad, informará el resultado al paciente, realizará la consejería postest y derivará a control médico de acuerdo con la previsión y decisión del paciente.

Si el paciente es citado y no acude a realizarse la prueba de identidad o a buscar el resultado de su examen se sugiere proceder de acuerdo a lo indicado entre las páginas 86 y 88 de este Manual.

Todas las acciones realizadas durante este proceso deberán ser registradas en la ficha clínica u otros mecanismos establecidos para estos efectos.

i. Situaciones específicas

Solicitud por indicación judicial

El establecimiento deberá implementar la solicitud judicial, dado que, en caso contrario, incurría en desacato. La persona debe ser puesta a disposición del establecimiento que va a tomar el examen, por el tribunal. Igualmente, el establecimiento deberá realizar la consejería pretest.

⁴⁰ Decreto N° 433 de 1993, del Ministerio de Salud, Reglamento de laboratorios clínicos.

Personas privadas de libertad

El examen se realiza en coherencia con la Ley 19.779, que establece Normas relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas y el Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Minsal.

Los exámenes se toman en los recintos penitenciarios y el procesamiento de la muestra puede realizarse a través de tres modalidades:

- Procesamiento en hospital penitenciario.
- Envío de muestra a laboratorio de hospital del sistema público de salud local o regional.
- Envío de muestra a laboratorios privados.

Si la persona ingresa a la red pública de salud se procederá de acuerdo con la puerta de entrada o lugar de atención, procedimientos que fueron descritos previamente.

Paciente que se encuentra impedido para recibir la consejería en forma previa a la toma de muestra

Si esta situación ocurriere, la consejería se efectuará con posterioridad, una vez que el afectado se encuentre en situación de recibirla o, si esto no ocurre, la información se hará a su representante legal o tutor.

La circunstancia de encontrarse la persona en la situación de incapacidad de consentimiento, señalada en el párrafo anterior, será evaluada y calificada por un médico cirujano. En estos casos, la autorización será otorgada por el representante legal o tutor. Los procedimientos específicos se realizarán de acuerdo a la puerta de entrada o lugar de atención del sistema público de salud indicado previamente.

Examen de detección de VIH en pacientes adultos con compromiso de conciencia

- Si es una situación de urgencia, en la que se justifica la realización del test para establecer diagnóstico diferencial y conocer el estado

serológico del paciente influirá en la conducta terapéutica a seguir –casos poco frecuentes– puede procederse a tomar el test. La información y el consentimiento pueden realizarse a través de su representante legal o tutor y si esto no fuese posible la consejería se efectuará con posterioridad, una vez que el afectado se encuentre en situación de recibirla.

- **Si no es una situación de urgencia**, la consejería pretest y la toma de examen se realizarán una vez que el paciente se encuentre en situación de recibirlas.
- **Si el paciente estuviese incapacitado** para recibir el resultado del examen confirmatorio del ISP (VIH +) de manera no momentánea, el resultado deberá ser entregado en el marco de una consejería para VIH a su representante legal, apoderado o familiar que lo acompañe, a falta de los anteriores.

Personas afectadas por enfermedades mentales

El artículo 12 del Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 del Minsal, dispone que:

«Las personas afectadas por enfermedades mentales deberán decidir por sí si desean, o no, someterse al examen de que trata este reglamento, salvo situaciones particulares, transitorias o permanentes, de su enfermedad que involucren pérdida o disminución de su capacidad de consentimiento.

La circunstancia de encontrarse la persona en la situación de incapacidad de consentimiento, señalada en el inciso anterior, será evaluada y calificada por un médico cirujano. En estos casos, la autorización será otorgada por el representante legal o tutor.»

A fin de cumplir con lo indicado en el párrafo previo, el Servicio de Salud deberá definir el o los flujogramas de derivación en la red de establecimientos, para que el paciente sea evaluado oportuna y adecuadamente por un médico cirujano.

4. Roles y funciones en el proceso de atención

En relación con el proceso de atención descrito previamente, y considerando los puntos críticos identificados, se definen los siguientes roles y funciones en la red de atención.

a. En los establecimientos de salud

Los profesionales de los establecimientos que constituyen puertas de entrada al proceso deberán ofrecer el examen a los usuarios definidos en las normativas ministeriales, así como a aquellos pacientes a los cuales se requiere para efectos diagnósticos y deberán indicarlo en los casos en que la persona lo solicite por iniciativa propia. Este ofrecimiento se hará en el marco de una consejería pretest según las definiciones entregadas en este Manual, y su aceptación deberá constar en un consentimiento informado escrito (ver modelo sugerido en anexo b, pág. 155) el cual pasará a formar parte de la ficha clínica del paciente.

Las personas responsables de la toma de muestra en los establecimientos deberán asegurarse de la identidad del usuario, utilizando para ello el documento de identidad correspondiente y registrando en los instrumentos establecidos (ficha clínica u otro, en formato papel y electrónico) toda la información que permita la posterior ubicación de la persona para la entrega de los resultados. Dada la importancia de la codificación de la muestra, los funcionarios deberán cumplir estrictamente las indicaciones establecida entre las páginas 40 y 42. La rotulación de la muestra y el posterior envío al laboratorio para su procesamiento, debe asegurar la trazabilidad⁴¹ del proceso. Tanto la recolección como el envío deben cumplir las especificaciones establecidas para ello por el ISP⁴². La confidencialidad de los datos del paciente debe resguardarse en todo momento por todos los funcionarios involucrados en el procedimiento.

Los encargados de laboratorio serán responsables de analizar las muestras de sangre que recepcionan desde las diferentes instancias de toma de mues-

⁴¹ Según la norma ISO 8402: La trazabilidad o rastreabilidad es la “aptitud para rastrear la historia, la aplicación o la localización de una entidad mediante indicaciones registradas”.

⁴² Norma técnica vigilancia de laboratorio, de 2006, del Instituto de Salud Pública y Norma técnica para el transporte de substancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2008.

tra de los establecimientos de salud; derivarlas para confirmación al ISP, si es necesario, cumpliendo con los requerimientos definidos (ver páginas 44 y 45); recepcionar los resultados del ISP; disponer metódicamente la entrega de la información al coordinador de procesos asistenciales que le permita a éste gestionar las acciones para la ubicación del paciente, ya sea para la información de resultados o la toma de una nueva muestra en los casos que sea necesario. Finalmente, son los responsables de registrar la información de cada muestra en los registros definidos para ello.

La coordinación de procesos asistenciales de los establecimientos tendrá como función principal vigilar y garantizar la continuidad del proceso. Por otra parte, le corresponderá a esta coordinación relacionarse con la coordinación del Servicio de Salud, en aquellos casos en que la persona que se realizó el examen resida en un Servicio de Salud diferente, de modo de facilitar el contacto. Para la realización de la tarea de ubicación y citación del paciente, se podrán utilizar los mecanismos habituales existentes en el establecimiento para la citación de usuarios/pacientes: lista de espera de consultas o intervenciones quirúrgicas y de acuerdo a lo indicado entre las páginas 86 y 88.

En el caso de que la toma de muestra se realice en un establecimiento diferente al del procesamiento y recepción de resultados desde el ISP, el coordinador del establecimiento en el cual se encuentra el laboratorio deberá interactuar, metódicamente, con el coordinador del establecimiento respectivo, para la ubicación del paciente y realización de la nueva toma de muestra, o de la información de los resultados al paciente.

b. En los Servicios de Salud

En términos generales corresponde a los Servicios de Salud:

- La resolución integral de los problemas de salud del individuo y de las comunidades, para lo cual requiere la complementación de acciones y servicios entre ofertas de diversa complejidad y la actuación coordinada, efectiva e informada para el usuario.

La coordinación de procesos asistenciales de los Servicios de Salud tendrá como función principal, velar y garantizar la continuidad del proceso de atención clínica en la red. Por otra parte, le corresponderá a esta coordina-

ción relacionarse con las coordinaciones de los otros Servicios de Salud. En aquellos casos en que la persona que se realizó el examen resida en el área geográfica de un Servicio de Salud diferente, a fin de facilitar el contacto.

El equipo encargado del problema de salud del Servicio de Salud (GES, gestión de redes asistenciales, etc.), deberá trabajar planificada y sistemáticamente con el coordinador de proceso en el seguimiento y evaluación del proceso de atención de modo de detectar problemas y definir las acciones correctivas.

Los roles y las funciones descritas previamente se enmarcan en la legislación vigente que rige a los servicios de salud⁴³ (ver aspectos destacados entre las página 123 y 125).

c. En el Ministerio de Salud

La Subsecretaría de Salud Pública, es responsable de:

- Proponer protocolos referenciales de atención y aquellos que por razones sanitarias deban ser obligatorios, para lo que deberá coordinarse con la Subsecretaría de Redes⁴⁴.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, es responsable de:

- «Comunicar las políticas, normas, planes y programas dictados en materias de atención de salud y articulación de la red asistencial, velar por su cumplimiento e impartir las instrucciones necesarias a tal efecto⁴⁵.»
- Definir metodologías de monitoreo y evaluación del proceso de atención clínica que se realiza en la red de los Servicios de Salud, y que deberá ser implementada por este último nivel de organización. Ello permitirá detectar puntos críticos y dificultades, corregirlos y facilitar la coordinación y operación en las redes y entre las redes.

⁴³ Reglamento de los Servicios de Salud, Decreto N° 140 de 2004, publicado en Diario Oficial de 21 de abril de 2004 y modificaciones Decreto 75/05, D.O.F. 21 de octubre de 2006.

⁴⁴ Capítulo II, artículo 27 letras f y g del Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04, publicado en el Diario Oficial el 21 de abril de 2005 y su modificación Decreto 67/08 del 13 de octubre de 2008.

⁴⁵ Ídem.

La Comisión Nacional del SIDA de la Subsecretaría de Salud Pública y la División de Integración de Redes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales son responsables de entregar las definiciones y normas para el proceso de atención del problema de salud.

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

Como hemos expresado previamente, la implementación del proceso de atención clínica descrito es de responsabilidad de los prestadores de salud públicos y privados. El control, seguimiento y evaluación del proceso de atención en el sector público es responsabilidad del gestor de red, es decir, del Servicio de Salud. Desde estas definiciones, la Seremi no tiene una función directa en el proceso de atención clínica a usuarios/pacientes, ya que no es del ámbito de sus competencias.

Las funciones de la Seremi de Salud respecto del proceso de atención clínica del VIH que se realiza en la red asistencial pública y privada, corresponden a:

- Medición de indicadores de impacto regional de las medidas y normas indicadas y dictadas por el Minsal en este ámbito, a fin de coordinarse con los Servicios de Salud y el sector de salud privado para que estos reorienten sus acciones, si es necesario. Ejemplos de ello son:
 - Tasa de transmisión vertical del VIH, etapa de la infección del VIH en que son diagnosticados quienes viven con VIH/SIDA en la región.
 - Fiscalización del cumplimiento de reglamentos y normativas relativas al proceso de atención clínica, en general, y del VIH, en particular, en establecimientos de salud privados: laboratorios, clínicas, prestadores individuales.

d. El Instituto de Salud Pública (ISP)

El ISP es el Laboratorio de Referencia Nacional para la confirmación del VIH. Ejerce específicamente las siguientes funciones:⁴⁶

⁴⁶ Art. 19 Reglamento ISP.

- Normalizar técnicas y preparar instrucciones de utilizaciones para uso en laboratorios clínicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, incluidos, para estos efectos, los laboratorios que formen parte de los bancos de sangre de esos servicios;
- Realizar acciones de apoyo a la vigilancia epidemiológica y a programas ministeriales en el campo de su competencia;
- Evaluar la calidad de las prestaciones de los laboratorios clínicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud;
- Conocer e informar la reclamaciones que se deduzcan contra los resultados de exámenes o análisis que practiquen en materia sanitaria los Servicios de Salud, los que estos utilizan en los diferente puntos del país o hayan obtenido su reconocimiento como laboratorio de salud pública. y
- Enviar oportunamente los resultados de los exámenes a los establecimientos que originaron la solicitud.

5. Especificidad de actos administrativos para asegurar el seguimiento de los usuarios/pacientes

a. Procedimientos para citación de usuarios/pacientes

En este capítulo se indican los momentos en los cuales se debe citar al paciente/usuario, ya sea para:

- Entrega de resultado no reactivo al tamizaje, o negativo posanálisis del ISP.
- Citación para repetición del examen cuando el ISP informa resultado como indeterminado o no concluyente.
- Realización de prueba de identidad (PI).
- Entrega de resultado positivo confirmado por el ISP, una vez realizada la PI.

Esta citación se realizará al día siguiente de la inasistencia, en el caso que el usuario no asista en la fecha fijada para la entrega del resultado durante la consejería pretest. En los casos en que no hubiese programada una citación, ésta se gestionará inmediatamente recibido el resultado.

Para que una citación sea válida se debe realizar un **contacto efectivo**, es decir, debe cumplirse con la definición: aquella situación en la que se tomó contacto directo con el paciente/usuario, utilizando cualquiera de los mecanismos definidos en este Manual para la citación al establecimiento.

Los mecanismos para citar al paciente corresponden a los que se indican a continuación, debiendo optimizarse de acuerdo con su uso en otros problemas de salud y manteniendo en todo momento la confidencialidad de la información del paciente y de su examen.

- **Llamada telefónica con contacto efectivo:** debe ser efectuada por un funcionario del establecimiento responsable de realizar la citación, al teléfono (red fija o celular) indicado por la persona al momento de la toma de muestra (actualizado en el sistema de información local) y registrado en la ficha del paciente. En el anexo i, pág. 200 encontrará texto sugerido para la llamada. En ningún caso se deberán comunicar

los resultados telefónicamente. Se registrará la realización de la llamada y su resultado en el formato papel y/o electrónico del establecimiento (ficha clínica u otro).

- **Visita domiciliaria en la cual se entregará una citación en sobre cerrado dirigido al usuario.** Esta opción debe utilizarse en caso de no contar con número de teléfono de contacto, o no haberse realizado un contacto efectivo telefónico.

Deberá ser realizada utilizando los procedimientos definidos en el establecimiento y en coordinación con la red, a la dirección indicada por la persona al momento de la toma de muestra (actualizado en el sistema de información local) y registrado en la ficha del paciente. En el anexo k, pág. 202 encontrará texto sugerido para la visita domiciliaria y citación escrita. En ningún caso se deberá comunicar los resultados al paciente. Se registrará la realización de la visita domiciliaria y sus resultados en el formato papel y/o electrónico del establecimiento (ficha clínica u otro). Se deberá disponer de un libro/cuaderno en el cual se registre la firma de recepción de la citación por el usuario. Sólo se podrá entregar la citación a una persona diferente al paciente, si éste firmó la autorización de entregarla durante la consejería pretest a otra persona identificada con nombre y número de RUN; la identidad debe ser corroborada con la Cédula de Identidad.

- **Carta certificada al domicilio registrado en la ficha.**

Esta opción debe utilizarse en caso de no haber establecido un contacto efectivo vía telefónica o en la visita domiciliaria.

Deberá ser enviada utilizando el procedimiento definido en el establecimiento, a la dirección indicada por la persona al momento de la toma de muestra (actualizado en el sistema de información local) y registrado en la ficha del paciente. En el anexo j, pág 201 encontrará texto sugerido para la carta. Se registrará el envío de la misma y sus resultados en el formato papel y/o electrónico del establecimiento (ficha clínica u otro). En ningún caso se deberá comunicar los resultados.

Seguimiento y citación

Tal como se ha descrito, la responsabilidad de la continuidad del proceso de atención (asistencia a citaciones, adherencia a los tratamientos, etc.) es una responsabilidad compartida entre el sistema de salud y el usuario/paciente. El usuario/paciente debe entregar la información fidedigna que permita el contacto para la citación a las diferentes etapas del proceso, actualizándola cuando corresponda, e informando de la eventual inasistencia. El establecimiento del Servicio de Salud debe registrar y actualizar los datos del usuario, y realizar las gestiones necesarias para citar al paciente y mantener la adherencia al tratamiento. Desde esta perspectiva, en la tabla 2, se señalan los límites de seguimiento y ubicación del usuario/paciente.

Tabla 2:
Causales de límite de seguimiento y ubicación del usuario/paciente

Situación-causal	Concepto	Registro
Tres inasistencias a citación efectiva sin previo aviso.	Corresponde a la inasistencia, a la citación efectiva por cualquiera de los tres mecanismos descritos, sin previo aviso.	Fechas y mecanismo de citación e inasistencias registradas en sistema electrónico o papel del establecimiento.
Rechazo a la citación para la realización de la prueba de identidad, o la asistencia a consulta profesional para entrega de información de situación serológica.	Corresponde a la renuncia o rechazo que realiza el paciente del establecimiento, profesional o prestación.	Fecha de verificación de la situación, registrada en sistema electrónico o papel del establecimiento.
Fallecimiento		Fecha verificación con el Registro Civil.
Contacto no corresponde.	Corresponde a la imposibilidad de ubicar al paciente por error en los datos de contacto (fonos, dirección).	Fecha verificación de todos los datos de contactos erróneos registradas en sistema electrónico o papel del establecimiento.

VII.

Proceso de vigilancia epidemiológica

VI. Proceso de vigilancia epidemiológica

El desarrollo actual de la vigilancia epidemiológica enfatiza en el análisis y estudio de los problemas colectivos de salud, como apoyo a la gestión en salud pública. Las modernas metodologías para la recolección y análisis de información permiten obtener y transmitir información en forma rápida, vigilando una gran variedad de situaciones, para la acción oportuna, toma de decisiones y formulación de políticas de salud.

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

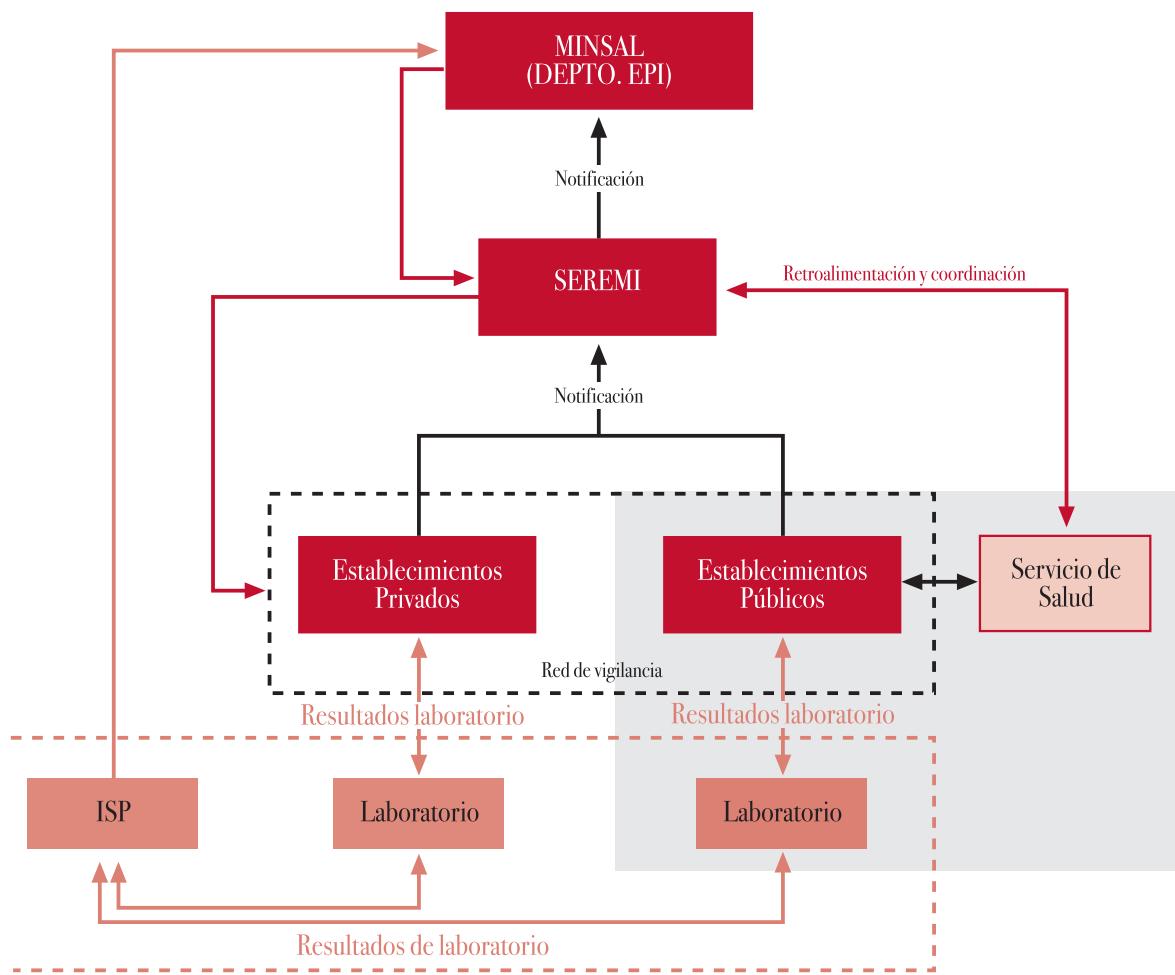
Este proceso se realiza mediante la interacción de las siguientes instancias que conforman la red de vigilancia epidemiológica:

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

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

- proceso de vigilancia local (establecimientos de salud y Servicios de Salud).
- proceso de vigilancia regional (Seremi).
- proceso de vigilancia país (Ministerio de Salud)

Ilustración 5: Flujograma de información del proceso de vigilancia



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

Si éstos pertenecieren a la dotación de establecimientos asistenciales públicos o privados de atención abierta o cerrada, dicha notificación será responsabilidad del Director del mismo y se realizará por la persona a quién éste haya designado para ello, quien servirá como vínculo oficial de comunicación entre la autoridad sanitaria y el establecimiento. El Director deberá comunicar a la autoridad sanitaria el nombre de la persona designada y cualquier cambio que se produzca en su designación”.

Además, el VIH se considera como agente sujeto a vigilancia de laboratorio (artículos 9º y 10º, DS. N° 58), debiendo los laboratorios clínicos y los bancos de sangre públicos y privados en que se identifique VIH, enviar al Instituto de Salud Pública la muestra reactiva con el formulario correspondiente.

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

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

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

Finalmente, la información se envía desde la Seremi al Ministerio de Salud, donde se integra para entregar la visión nacional. En cada una de estas instancias se realizan una serie de procesos y actividades que se detallan a continuación.

Los hitos¹ relevantes en el proceso de vigilancia se muestran en la siguiente ilustración:

Ilustración 6: Hitos del proceso de vigilancia



1. Hitos del proceso

a. Registro de datos a través de formularios establecidos

Los registros se efectuarán en formularios estandarizados (ver anexo c); localmente se deben definir las personas que tendrán la responsabilidad de realizar el llenado de estos.

¹ Aplica la misma definición de hito descrita en el proceso de atención. Un hito es un hecho clave y fundamental dentro de un proceso, es un punto de control intermedio antes de que el proceso finalice. Asimismo, un hito tiene asociadas diferentes actividades necesarias para el cumplimiento del proceso.

Los hitos han sido identificados como puntos críticos para la continuidad de la atención del usuario/paciente, por ello se han establecido como tales, entendiendo que para su cumplimiento cabal se requiere de todas las acciones asociadas al mismo, las cuales se describen en este Manual.

Formularios:

Boletín Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

Este formulario permite recoger los siguientes datos: identificación del paciente, diagnóstico, domicilio, fecha de notificación y establecimiento que notifica. Esta información permite conocer la magnitud y tendencia de la enfermedad, y contribuye a la toma de decisiones por parte de las autoridades en el diseño, modificación de planes y programas de intervención, normas y leyes en salud.

Dada la relevancia de esta información El registro de los datos contemplados en el boletín ENO está regulado por el Decreto Supremo N° 158 de 2004, Reglamento de Enfermedades Transmisibles

El boletín ENO debe ser llenado por el profesional que el director del establecimiento haya delegado para esta función, generalmente el Delegado de epidemiología. Un vez completo se enviará a la Seremi de salud correspondiente. Donde se incorporará al sistema informático disponible para estos fines.

Se debe tener presente, que esta notificación ocurrirá siempre antes de tomar la prueba de identidad al paciente. Esto, porque para esta vigilancia lo que interesa es conocer el número de casos confirmados, independiente de la identidad que se asocia al resultado del examen.

Excepcionalmente, frente a la ocurrencia de un caso en que la prueba de identidad no fuese coincidente (realizando todas las medidas explicadas en el capítulo del proceso asistencial) se deberán corregir los datos del boletín ENO. Esto será de suma importancia, para la obtención de información fidedigna, identificación de casos duplicados y realizar las correcciones en los registros.

En aquellos casos, en los cuales la confirmación de VIH + emanada por el ISP se recibiera posterior al fallecimiento del paciente, se deberá emitir el formulario ENO según el procedimiento habitual. Con el fin de conocer si el paciente fue notificado anteriormente, se deben revisar las bases de datos disponibles (listados del ISP, ENO, notificación de caso VIH/SIDA, de terapia antiretroviral y de certificados de defunción.

Formulario de notificación de caso VIH/SIDA:

Se aplica una vez que se realiza el diagnóstico clínico al paciente y se asocia con el hito de etapificación del proceso asistencial. Permite describir el perfil de las personas afectadas y entrega información para caracterizar la epidemia de VIH/SIDA: datos sociodemográficos, comportamentales, de exposición al riesgo y de etapa clínica del paciente.

Este formulario debe ser llenado en los establecimientos de salud, y la responsabilidad es del médico que realiza la atención.

Este formulario también debe ser enviado a la Seremi de salud y sigue el mismo flujo descrito anteriormente.

En caso de pacientes fallecidos, se deberá completar este formulario con la información que se disponga en el establecimiento.

Formulario de notificación de cambio de etapa VIH/SIDA:

Tiene por objetivo conocer el momento del cambio de “etapa VIH a etapa SIDA”, y por lo tanto se llena una sola vez en la evolución de cada paciente.

Este formulario, al igual que el anterior, se llena en los establecimientos de salud, y la responsabilidad es del médico tratante.

Formulario de envío de muestra al ISP:

Es el formulario que acompaña a la muestra que se envía al ISP para la confirmación del examen reactivo local. Debe contener todos los datos a fin de identificar correctamente cada caso.

Nómina de resultados informados positivos elaborado por el ISP:

El ISP debe enviar mensualmente una nómina al Minsal con los casos positivos analizados por ellos; con esta información, el Minsal confecerá nóminas regionales que enviará a las Seremis.

b. Control de calidad de datos

La notificación debe ser sistemática y ajustada a la definición de caso a vigilar (circular B51/18 de 21 de marzo de 2007). Es por ello que los datos

ingresados en los formularios de notificaciones VIH/SIDA deben tener las siguientes características:

- consistencia (datos lógicos),
- pertinencia (referidos a los objetivos de la vigilancia),
- exactitud (sin errores),
- oportunidad (disponible en el momento preciso)
- integridad (contener todos los datos y variables necesarias).

En el punto de Roles y funciones del proceso de vigilancia se describen las distintas acciones a realizar por cada nivel que interviene en el proceso. A continuación se describen los indicadores de calidad de la vigilancia, que deben ser medidos a nivel local, lo que no invalida que cada establecimiento pueda elaborar otros indicadores según sus propios intereses o necesidades.

Los indicadores de **Calidad de la vigilancia** se obtienen desde los sistemas de información vigentes: EPIVIGIL (Sistema de registro de enfermedad de notificación obligatoria, ENO) y Plataforma DEIS. Los indicadores son los siguientes:

- **Oportunidad de notificación:** tiene como objetivo medir el tiempo que transcurre entre la notificación de “caso de VIH/SIDA” y la de “cambio de etapa”, por parte del establecimiento a la Seremi y su recepción en el Minsal. Este lapso de tiempo no debe ser superior a 28 días (4 semanas). El indicador está constituido por el porcentaje de Formularios de Notificación de Caso de VIH/SIDA recibidas en el Minsal con 4 semanas o menos desde la fecha en que el establecimiento de atención lo envía a la Seremi (Fórmula: notificaciones oportunas / total de notificaciones en el período).
- **Formularios de notificación completos:** debe contener al menos el 90% de la información en el formulario llenado en el nivel local. Para esto, el formulario debe contar al menos con la información pertinente a las siguientes variables: Fecha de notificación, Servicio de Salud y establecimiento desde el cual se realiza la notificación, autoridad sanitaria correspondiente, RUT, código de identificación, sexo, fecha de

nacimiento, edad, escolaridad, profesión u oficio, ocupación, comuna de residencia, nacionalidad, datos del estado de salud y del diagnóstico de la persona completos, fecha de confirmación del ISP, número de registro del ISP, conducta sexual declarada, factores de riesgo, etapificación inmunológica y clínica con la respectiva clasificación final e identificación completa de la persona que notifica el caso.

- **Concordancia de las fuentes de notificación:** hace referencia a la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA. El indicador compara el número de casos notificados al Minsal con los casos confirmados por el ISP, entendiendo que estos corresponden al 100% de los casos existentes en el país.

c. Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información

El sistema de vigilancia epidemiológica actual permite a los profesionales a cargo de la vigilancia (epidemiólogos o los que ejercen esa función) en los distintos niveles, extraer la información en forma automática y en tiempo real para su procesamiento y análisis, utilizando para ello los registros de notificaciones y los de confirmaciones. No obstante, para realizar un análisis completo de la epidemia, es necesario utilizar otras fuentes de información disponibles, como por ejemplo, base de datos de mortalidad o de egresos hospitalarios, entre otros.

Para el análisis de la información es necesario contar con la visión de la red asistencial sobre la evolución del fenómeno, incluyendo a los delegados de epidemiología de los establecimientos, así como a los Servicios de Salud.

Asimismo, la comparación permanente entre los casos confirmados por el ISP y los casos que están siendo notificados, constituye un elemento que permite detectar y corregir errores en el proceso de la vigilancia.

d. Elaboración de informes epidemiológicos

Se deberán elaborar informes regionales semestrales, así como un informe anual que resuma la situación de la epidemia en la región. Asimismo, se elaborará un informe anual nacional que incluya análisis de la mortalidad, morbilidad, distribución por sexo, grupos de edad, y otras variables socio-demográficas y socioculturales que sean de interés regional y nacional. Este informe debe entregar información sobre los factores de riesgo, la tenden-

cia de la enfermedad, e identificar las áreas en que se pueden desarrollar medidas de prevención y control.

e. Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud

Un objetivo importante de la vigilancia epidemiológica es entregar la información analizada a todos los actores del proceso, así como a otros interesados en el tema y a la comunidad en general.

Por ello la Seremi debe retroalimentar a la red de vigilancia, constituida por todos los delegados de epidemiología de establecimientos públicos y privados y a los Servicios de Salud, que son los que generan la información para poder desarrollar la vigilancia. Es fundamental que estos informes se den a conocer a través de reuniones de trabajo, boletines escritos o digitalizados, entre otros. Esta devolución de la información permitirá a los equipos locales visualizar el objetivo de lo que realizan, aportando a la planificación de actividades.

También se debe difundir la información a otros sectores involucrados, como el gobierno regional y organizaciones sociales. De esta manera, se contribuye a una mejor comprensión y manejo de la epidemia.

Lo mismo ocurre con la información que se genera a nivel nacional.

f. Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia

Este hito se debe realizar en los tres niveles (local, regional y nacional) y consiste en garantizar la realización correcta de los distintos hitos del proceso de vigilancia.

Consiste en contar con un mecanismo que verifique la aplicabilidad de las acciones previstas, así como verificar en qué medida estas acciones están cumpliendo los objetivos propuestos por las autoridades en salud.

2. Puntos Críticos del proceso de vigilancia

Los puntos críticos corresponden a etapas claves del proceso que son cruciales para el cumplimiento del proceso de la vigilancia epidemiológica.

a. Registro de datos a través de formularios establecidos

Los puntos críticos aquí corresponden al no registro o al registro por debajo de los estándares de calidad definidos. Los datos registrados son la base del sistema de vigilancia, por lo tanto es fundamental generar información confiable y fidedigna.

b. Control de calidad de datos

El punto crítico es la falta o insuficiencia de sistemas de control implementados que aseguren la calidad de la información. Por lo cual, el desarrollo de sistemas de control es básico.

c. Extracción, procesamiento, análisis e Interpretación de la información y elaboración de informes epidemiológicos

Insuficiencia en el análisis de la información; falta de integración de fuentes de información.

d. Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud

Inadecuada o insuficiente mecanismos de difusión de la información a los distintos niveles.

e. Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia

Insuficiente acciones de monitoreo por parte de los Servicios de Salud y de las Seremis.

3. Roles y funciones en el proceso de vigilancia

Como se mencionó anteriormente forman parte de este proceso, los Servicios de Salud con sus respectivos establecimientos de atención abierta y cerrada, los establecimientos privados, laboratorios de la red e Instituto de Salud Pública (ISP), Autoridad Sanitaria Regional (Seremi) y Ministerio de Salud (Departamento de Epidemiología, Departamento de Estadísticas e información en salud-DEIS). Cada uno de ellos participa con distintos roles y funciones en los hitos del proceso de vigilancia, según lo señalado a continuación.

a. Registro de datos a través de formularios establecidos

Establecimientos de salud públicos y privados

El rol en este hito consiste en la realización de las notificaciones necesarias para alimentar de datos al sistema de vigilancia. Se identifican diferentes actores definidos según sus responsabilidades:

Médico que realiza la atención: una vez realizado el diagnóstico clínico, deberá completar el formulario de notificación ENO, el de Caso de VIH/SIDA y el Formulario de notificación cambio de etapa VIH/SIDA, según corresponda. Deberá realizar la coordinación y procedimiento, según flujo interno establecido, para que los formularios lleguen al delegado de epidemiología del establecimiento.

Delegado de epidemiología:

Recolectar, recibir los formularios y enviarlos oportunamente a la Seremi.

Notificar a través del boletín ENO (cuando se le ha delegado esa función) todos los casos con confirmación por el ISP que ocurren en el establecimiento. En forma diaria se enviarán a la Seremi, sin esperar la confirmación de identidad, ni el diagnóstico clínico.

Instituto de Salud Pública (ISP)

El ISP, como laboratorio de referencia nacional, debe confirmar los casos de VIH. Debe confeccionar un listado de casos y enviarlo mensualmente al Minsal, resguardando la confidencialidad.

Laboratorios clínicos, centros y bancos de sangre públicos y privados

Deben registrar toda muestra reactiva local y enviarla al ISP para su confirmación (Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud). Para ello se debe utilizar el Formulario de Envío de Muestras para Confirmación de VIH/SIDA por el ISP (adulto y pediátrico). Deberá registrar rigurosamente los datos asegurando la confidencialidad e integridad de éstos

Nivel regional- Secretaría Regional Ministerial de Salud:

Epidemiólogo: deberá recibir los formularios desde los establecimientos e ingresarlos a los sistemas informáticos dispuestos para ello.

b. Control de calidad de datos

Nivel local – Establecimientos de Salud públicos y privados

Delegado de epidemiología:

Su función en este hito es:

- Verificar que los formularios de notificación estén completos y que la información sea consistente. Asimismo, debe velar por que no se omitan notificaciones. Esta última tarea se realizará en coordinación con la Seremi y el Servicio de Salud.
- Retroalimentar a los responsables del llenado del formulario sobre la calidad del registro.
- Tomar las medidas o acciones correctivas en caso de no contar con los datos requeridos para el proceso de vigilancia.

Nivel local – Servicios de Salud

La unidad que cumpla las labores de gestión en el ámbito epidemiológico, deberá:

- Realizar la verificación de la calidad del registro mediante la revisión de copias de los formularios.

- Retroalimentar a los directores de establecimientos y delegados de epidemiología sobre la calidad de los datos.
- En el caso de tomar acciones correctivas informar al encargado de la Seremi de dichas acciones.

Nivel regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud, Seremi

La unidad de epidemiología del departamento de salud pública de la Seremi ejerce las funciones de supervisión y control de la calidad de los datos generados en el proceso de vigilancia epidemiológica.

Epidemiólogo:

- Verificar la calidad y oportunidad de la información enviada desde los establecimientos públicos y privados..
- Comparar los casos de la planilla del ISP con aquellos notificados por los establecimientos de la región. En caso de encontrar casos no notificados, deberá informar al Servicio de Salud, y coordinarse con el delegado de epidemiología del establecimiento en cuestión, para regularizar la situación.
- Coordinación con el Servicio de Salud correspondiente o con los delegados de los establecimientos públicos y del sector privado para corregir problemas detectados en la calidad de las notificaciones.
- Retroalimentar a los niveles locales que notifican.

Nivel Nacional - Ministerio de Salud

A nivel central la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es responsabilidad del Departamento de Epidemiología, dependiente de la División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública cuyas funciones en este hito son:

Departamento de epidemiología

- Analizar los indicadores de calidad de vigilancia mensualmente.
- Recibir la base de datos de los casos confirmados desde el ISP mensualmente y enviar los datos que le corresponden a cada Seremi de salud (esta actividad se realizará hasta que la información pueda ser obtenida en línea desde las Seremis).
- Retroalimentar a las SeremiS respectivas

c. Extracción, procesamiento, análisis e interpretación de la información

Nivel local – establecimiento de salud público y privado

Delegado de epidemiología:

- Integrar y validar la información generada por su establecimiento
- Generar, procesar y analizar la información básica

Nivel local – Servicios de Salud

La unidad que cumpla las labores de gestión en el ámbito epidemiológico, deberá:

- Con la información epidemiológica analizada por la Seremi de Salud correspondiente, con los datos y variables de registros propios de provisión de servicios, este nivel podrá contar con insumos para mejorar la gestión de la atención de la red asistencial.

Nivel regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud, Seremi

Epidemiólogo:

- Comparar mensualmente los listados de los casos confirmados por el ISP con los registros de notificación provenientes de establecimientos públicos, privados y prestadores individuales, tanto los boletines ENO como el formulario de notificación de casos de VIH/SIDA.

- Analizar los datos, para la correcta elaboración del informe regional.
- Incorporar a las redes asistenciales, a través de los delegados de epidemiología y de los Servicios de Salud, en el análisis de la información.
- Proporcionar información a los Servicios de Salud, a fin de integrar la visión e interpretación de éstos datos.

Nivel nacional – Ministerio de Salud

Departamento de Epidemiología:

- En base a los requerimientos nacionales de información para la vigilancia epidemiológica, consolida, analiza, compara datos regionales y procesa la información.

d. Elaboración de informes epidemiológicos

Nivel regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud, Seremi.

Epidemiólogo:

- Utilizar la información obtenida para realizar análisis situacional y de tendencias, de acuerdo al plan de análisis definido, manteniendo un diagnóstico actualizado de la situación de la epidemia a nivel regional.
- Elaborar el informe regional.
- Enviar este informe a sus autoridades respectivas.

Nivel nacional – Ministerio de Salud

Departamento de epidemiología:

- Utilizar la información obtenida para realizar análisis situacional y de tendencias, de acuerdo al plan de análisis definido, manteniendo un diagnóstico actualizado de la situación de la epidemia a nivel nacional.

- Elaborar anualmente el informe nacional.
- Enviar este informe a las autoridades nacionales respectivas.

e. Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud

Nivel local – establecimiento de salud público y privado

Delegado de Epidemiología:

- Proporcionar la información elaborada por la Seremi al equipo de salud del establecimiento.

Nivel local – Servicios de Salud

La unidad que cumpla las labores de gestión en el ámbito epidemiológico, deberá:

- Difundir a los establecimientos de su red el informe epidemiológico elaborado por la Seremi, con el fin de orientar o reorientar acciones de competencia de la Red en los niveles locales.

Nivel regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud, Seremi.

Epidemiólogo:

- Informar a las autoridades correspondientes de su Seremi y al nivel central departamento de epidemiología del Ministerio de Salud.
- Difundir a la red de vigilancia (delegados de epidemiología) de su región el informe epidemiológico, con el objetivo de lograr la retroalimentación del sistema de vigilancia.

Seremi:

- Informar a las autoridades del nivel central.

- Difundir a la dirección(es) del(los) servicio(s) de salud, directores de establecimientos públicos y privados de su región el informe epidemiológico correspondiente, con el objetivo de lograr la retroalimentación del sistema de vigilancia.
- Difundir a otras instancias gubernamentales, con el fin de coordinar acciones con el intersector.

Nivel nacional – Ministerio de Salud

Departamento de epidemiología:

- Difundir a la red de vigilancia regional (Seremi) el informe epidemiológico nacional, con el objetivo de lograr la retroalimentación del sistema de vigilancia.
- Proporcionar información relevante a la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) de la División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública y a las diferentes instancias de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Informar a las autoridades correspondientes del nivel central.

El Departamento de Estadísticas e información de Salud (DEIS) será el encargado de administrar las bases de datos y poner la información a disposición de los usuarios (departamento. de epidemiología, CONASIDA, DIRED, entre otros).

f. Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia

Nivel local – Servicio de Salud:

- Supervisar a los establecimientos de salud garantizando el cumplimiento de los procesos involucrados en la vigilancia del VIH/SIDA, facilitando su evaluación y ejecución de acciones locales indicadas desde el nivel central o la autoridad sanitaria regional.
- Retroalimentar a la Seremi de los resultados de las acciones de vigilancia realizadas.

- Utilizar la información generada en el monitoreo o supervisión para mejorar la gestión y organización de los establecimientos de la red a su cargo en el cumplimiento de las acciones de vigilancia.

Nivel regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud, Seremi.

Seremi:

- Coordinar instancias de trabajo entre Seremi, Servicios de Salud, direcciones médicas de establecimientos privados para análisis, complemento de informaciones, evaluación de los procesos y corrección de los mismos, si fuera necesario y ejecución de las acciones planteadas por la autoridad ministerial.
- Supervisar el cumplimiento de los procesos involucrados en la vigilancia del VIH/SIDA en los establecimientos privados, facilitando su evaluación y ejecución de acciones locales indicadas desde el nivel central o la autoridad sanitaria regional.

Nivel nacional - Ministerio de Salud

- Coordinar y desarrollar plan de trabajo con el objetivo de facilitar el desarrollo de procesos y la ejecución de las acciones a nivel nacional. Esta función estará a cargo del departamento de epidemiología de la División de planificación sanitaria, la Comisión nacional del SIDA de la División de prevención y control de enfermedades, ambas de la Subsecretaría de Salud Pública, la División de integración de redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Instituto de Salud Pública.
- Evaluar el funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e implementar medidas de mejoría si es pertinente.

VII.

Proceso de planificación y gestión de los procesos de atención clínica y de vigilancia epidemiológica asociados a la infección por VIH.

VII. Proceso de planificación y gestión de los procesos de atención clínica y de vigilancia epidemiológica asociados a la infección por VIH.

En el marco de este Manual, y dado que se han descrito previamente dos de los procesos clave en lo que se refiere a la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH: proceso de atención clínica y proceso de vigilancia epidemiológica, resulta necesario indicar cómo se instalan, desarrollan y gestionan los mismos.

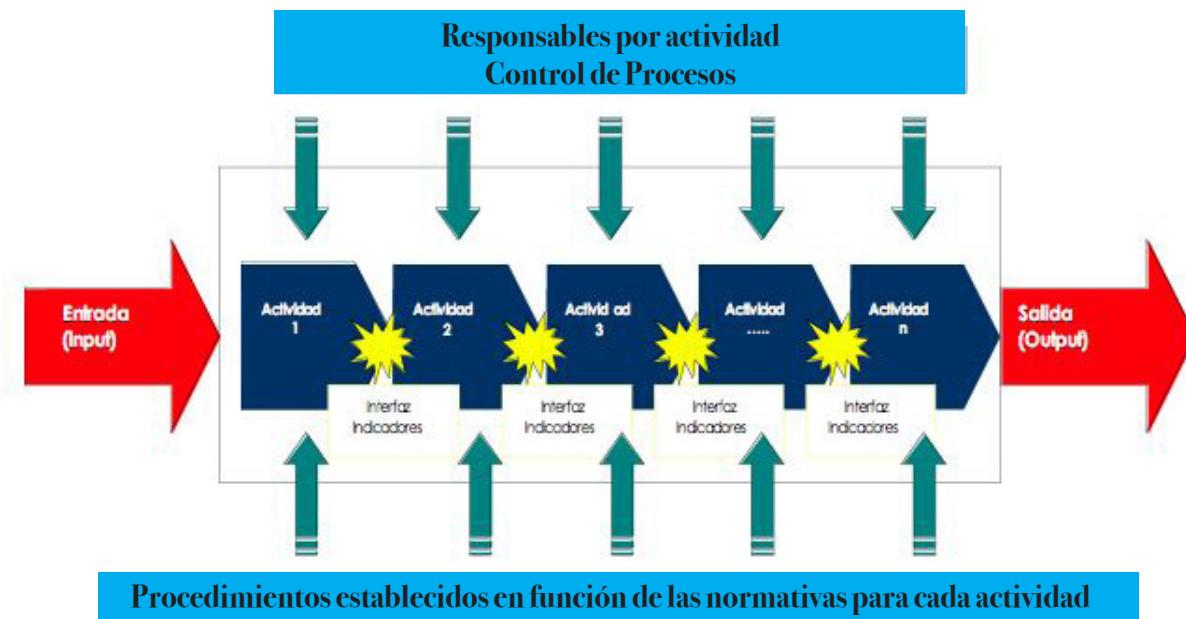
Cuando un proceso está bien consolidado, ocurre una mejora del mismo, la que está cautelada a través de uno de los hitos que se señalarán más adelante, a saber: evaluación o análisis del proceso. En el caso de los procesos asociados al VIH/SIDA ya mencionados, se dispone de procedimientos regulados, circulares y normativas que abordan y resguardan los aspectos relevantes. Sin embargo, requiere de una mejor organización, por lo cual hablamos de reingeniería o rediseño de proceso.

Definición de proceso:

Al hablar de **proceso** o **gestión por procesos** es imprescindible definirlo. Se pueden encontrar diferentes definiciones, sin embargo, todas apuntan a lo mismo:

- Un proceso es un conjunto de actividades enlazadas entre sí que, partiendo de uno o más *inputs* (entradas) los transforma, generando un *output* (resultado).
- Un proceso es una sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido; con una organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñados para generar un resultado específico.

Ilustración 5: Gestión por procesos



Hay que tener presente que un proceso define qué es lo que se hace, a diferencia de un procedimiento (comúnmente se confunden estos términos) que es un conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado.

En el anexo I, pág. 203 se presentan algunas definiciones relacionadas con los procesos.

Características o condiciones que todo proceso debe cumplir:

- Poder identificar y describir las entradas y las salidas del mismo.
- Cruzar uno o varios límites organizativos funcionales.
- Cruzar verticalmente y horizontalmente la organización.
- Fijar metas y fines en lugar de acciones y medios.
- Ser fácilmente comprendido por cualquier persona de la organización.
- El nombre asignado a cada proceso debe ser sugerente de los conceptos y actividades incluidos en el mismo.

Requisitos básicos de un proceso

- Todo proceso tiene que tener un responsable designado que asegure su cumplimiento y eficacia.
- En cada proceso se debe:
 - Determinar los resultados a lograr.
 - Planificar las actividades que se van a realizar.
 - Ejecutar las actividades propuestas o programadas.
 - Comprobar y verificar si las actividades se han realizado bien, y si los resultados obtenidos se corresponden con los objetivos.
 - Analizar los resultados obtenidos para realizar las acciones correctivas o para continuar estudiando nuevas mejoras y para ajustar los objetivos –cuando sea necesario.
- Todos los procesos tienen que tener indicadores que permitan visualizar de forma gráfica la evolución de los mismos. Tienen que ser diseñados en la etapa inicial, para luego ser utilizados en las etapas restantes.

Complejidad en la instalación de un proceso

- Delimitar los procesos.

A veces no es tan evidente cuándo comienza y termina un proceso. La importancia de fijar los límites radica en el control de gestión y por ende en la responsabilidad del encargado del proceso y sus coordinaciones con cada uno de los responsables de los hitos definidos.

- Un proceso puede ser realizado por una sola persona, o dentro de un mismo departamento. Sin embargo, los procesos más complejos fluyen en la organización a través de diferentes áreas funcionales y departamentos. Esto último aplica para los procesos definidos en este Manual, y por ende la complejidad radica en poder tener bajo control las distintas interfaces.

- La intervención de distintos departamentos en el proceso dificulta su control y gestión, diluyendo la responsabilidad que esos departamentos tienen sobre el mismo. Cada área se responsabilizará del conjunto de actividades que desarrolla. Es fundamental nombrar un encargado del proceso.

Para la particularidad del proceso de VIH/SIDA se pueden identificar los siguientes hitos que se deben cumplir para afianzar correctamente los procesos de atención clínica y de vigilancia epidemiológica.

1. Hitos en la instalación del proceso de VIH/SIDA

Ilustración 6: hitos del proceso de planificación

Definición del proceso, con la identificación de sus límites
Identificación de personas claves que participan en el proceso
Planificación participativa de las actividades a desarrollar
Elaboración, mejoramiento o adaptación de procedimientos locales
Elaboración de indicadores claves
Definición de roles, funciones y responsables
Elaboración de flujogramas
Difusión del proceso
Control de proceso
Retroalimentación de puntos críticos
Acciones correctivas
Evaluación o análisis del proceso
Reingeniería de Procesos

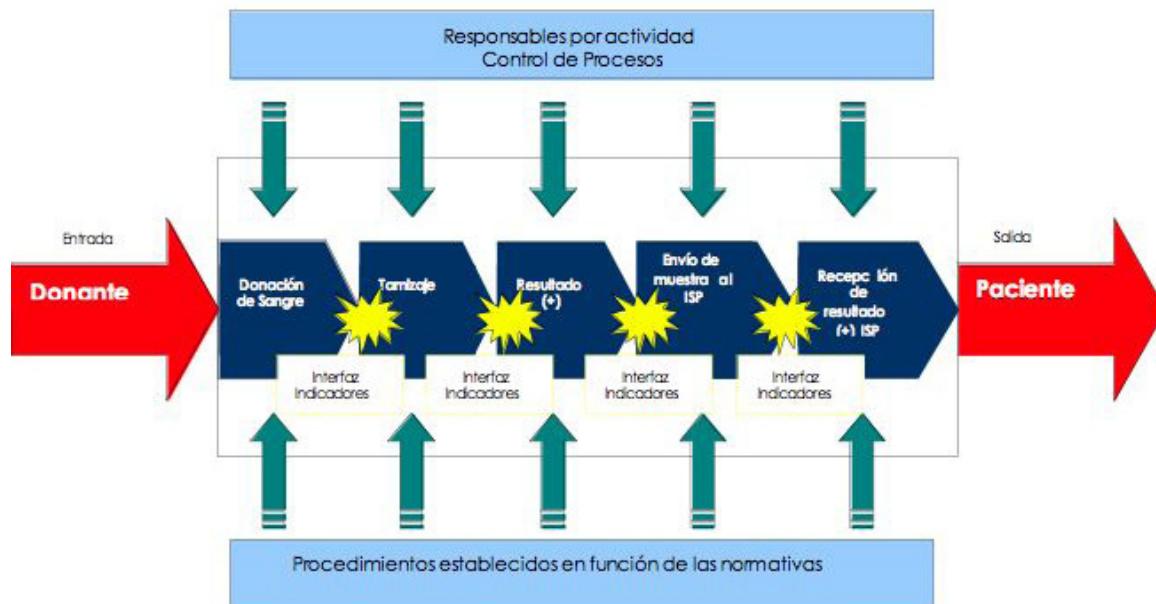
A continuación se describe cada uno de los hitos relevantes en la instalación y desarrollo del proceso. Cabe destacar que esta descripción tiene validez tanto para la instalación de procesos macros como también subprocessos.

a. Definición del proceso, con la identificación de sus límites

En este caso ya se han definido los procesos clave para el VIH/SIDA: el proceso de atención clínica y el proceso de vigilancia epidemiológica. No obstante, cada institución responsable, departamento, unidad, servicio, etc. deberá realizar este mismo ejercicio en cuanto a los subprocessos o actividades.

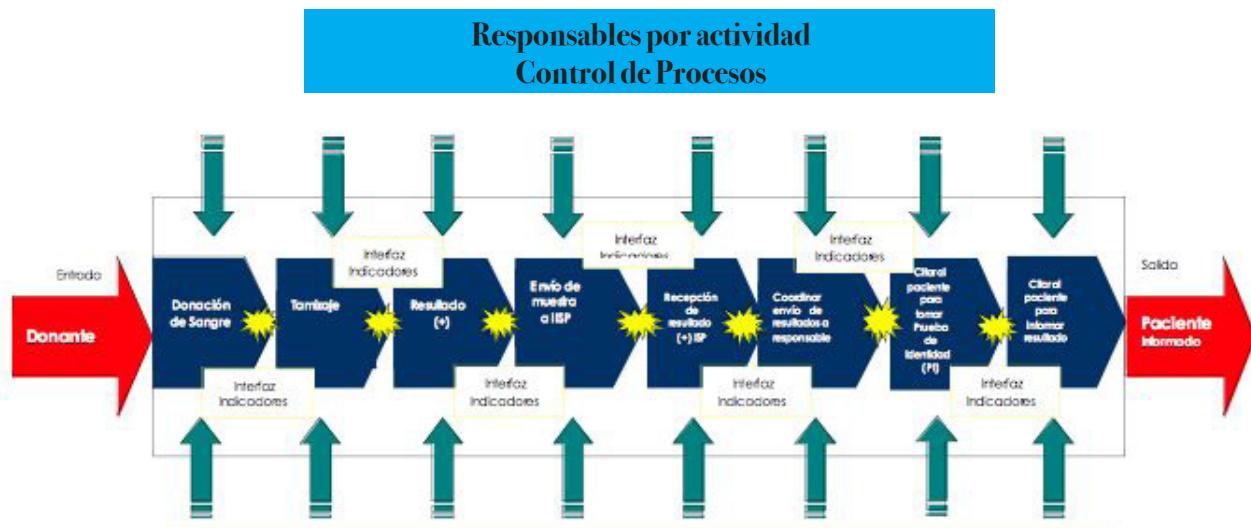
Ejemplo de un subprocesso del proceso de atención clínica es el proceso de diagnóstico de VIH + con tipo de usuario donante, que gráficamente se describe de la siguiente forma:

Ilustración 7: proceso de donante



Si uno cambia el límite de este subprocesso y establece que este debe finalizar con la información al paciente se pueden visualizar los siguientes cambios:

Ilustración 8: proceso de paciente donante informado



Procedimientos establecidos en función de las normativas

La diferencia entre el proceso principal abordado y los dos subprocesos en el ejemplo, radica principalmente en que el primero ocurre en un servicio y el otro ocurre entre servicios, aumentando por consiguiente la complejidad. Igualmente, para ambos se deben definir todos los hitos descritos.

Por lo tanto en este hito, es indispensable que se definan todos los subprocesos asociados con cada uno de los responsables.

b. Identificación de personas clave que participan en el proceso

Una vez identificado el proceso con todos sus hitos se procede a identificar quienes son los actores fundamentales. Es deseable que se identifiquen personas que tienen poder de decisión, dado que se tomarán decisiones, que en pos de la optimización del proceso incidirán en cómo se debe realizar y planificar el trabajo, que por lo general va asociado a cambios de gradualidad diversa.

c. Planificación participativa de las actividades a desarrollar

La planificación, generalmente, cuenta con una propuesta inicial del proceso con sus actividades, que sirve de punto de partida para la primera reunión a realizar con todos los actores clave, y en la cual debe existir la claridad de lo que se va hacer, para definir en conjunto cómo se va a hacer. Esta propuesta

debe estar a cargo de quien lidere o a quien se le encomiende la instalación o rediseño del proceso en cuestión. Generalmente la definición va asociada con la responsabilidad dentro de la organización. Lo esperable, después de la planificación participativa, es que la propuesta inicial cambie por una más enriquecida. Los beneficios se obtienen durante el desarrollo de la discusión del proceso, en el cual todos los participantes pueden conocer las actividades que realizan las distintas personas –valorar la importancia que todos tienen en el proceso– y así mejorar el nivel de coordinación que tienen entre ellas.

d. Elaboración, mejoramiento o adaptación de procedimientos locales

En esta etapa se deben revisar las regulaciones internas y externas existentes. Para cada actividad del área clínica y administrativa deben existir procedimientos establecidos. Incluso para algunos existen normativas específicas que se deben poner en práctica. Se debe verificar si existen las condiciones de ser implementadas. En caso de las regulaciones externas como normativas, leyes, etc. se deben establecer las condiciones para su implementación, y en caso de las regulaciones internas se pueden revisar, mejorar o adaptar los procedimientos establecidos en cada caso.

e. Elaboración de indicadores clave

Los indicadores son una herramienta que entrega información cuantitativa respecto del logro o resultado en la entrega de los bienes o servicios generados por la organización, pudiendo cubrir aspectos cuantitativos o cualitativos de este logro. Es una expresión que establece una relación entre dos o más variables, la que comparada con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño de la organización –se definen a nivel de unidad, departamento, servicio, etc.

Los indicadores deben cubrir los aspectos más significativos de la gestión, privilegiando los principales objetivos de la organización, pero su número no puede exceder la capacidad de análisis de quienes van a utilizar su información.

Los indicadores clave deben proporcionar información relevante a los responsables del proceso o subproceso y entregar:

- certeza de que el proceso está bien y bajo control;

- alertas, que señalen la ocurrencia de desviaciones (tomar medidas correctivas).

Es por eso que en el diseño de indicadores se debe tener claridad de situaciones que pudieran generar puntos críticos —generalmente asociados con las interfaces— y cuáles son los parámetros que se medirán. Por lo tanto, se deben fijar con claridad las metas a alcanzar para poder medir las desviaciones. Hay algunas consideraciones generales que se deben tener presentes al momento de construir un indicador:

- Debe ser medible: se debe contar con los datos dentro de la organización y la fuente debe ser fidedigna.
- Los datos deben obtenerse de procesos establecidos (no se pueden instalar procesos paralelos para la obtención de datos).
- Los mecanismos de recolección de información deben ser simples.
- La frecuencia de medición debe ser la adecuada para controlar el proceso y esto se cruza con la cantidad de indicadores posibles de analizar por cada responsable.

Los indicadores se pueden construir en relación a su dimensión —eficacia, eficiencia, economía y calidad—, a su ámbito de control —procesos, productos, resultados intermedios, resultados finales o de impacto—. Para mayor profundización, ver anexo m, pág. 204.

f. Definición de roles, funciones y responsables

Una vez diseñado el proceso completo, se debe definir al responsable general y los responsables de cada una de las actividades o subprocesos establecidos como relevantes.

El responsable general asume la globalidad de la gestión del proceso y su mejoramiento continuo. Por ello debe tener la suficiente autoridad para implantar los cambios que conduzcan a la mejora de resultados. Deberá contar con la colaboración de un equipo —formado por personas directamente vinculadas en el proceso que generalmente pertenecen a distintas unidades, departamentos o dependencias—, generalmente lo conforman los mismos actores clave que participaron en la etapa de planificación. Dentro de sus funciones están:

- Asumir la responsabilidad sobre el proceso y asegurar su eficacia y su eficiencia de manera continua.
- Generar relación con otros procesos y establecer requerimientos adecuados.
- Documentar debidamente el proceso.
- Distribuir la información a todas las personas involucradas.
- Controlar y medir los resultados con el objetivo de mejorar el proceso en forma continua.

Estas mismas responsabilidades le corresponden a los actores clave, pero cada uno centrado en su actividad o subprocesso.

g. Elaboración de flujogramas especificando lugar de realización de las actividades en la red de atención

Una vez determinados los procedimientos en cada uno de los casos definidos, aclarando los roles y sus respectivas funciones, es necesario establecer qué se va a realizar en cada uno de los lugares definidos de la red, para optimizar los recursos y facilitar el flujo de la atención. Esto considera la definición de los responsables para cada una de las acciones determinadas y de los procedimientos para la relación entre cada uno de los subprocessos que participan en el proceso.

Para la realización de los flujogramas es necesario revisar las carteras de servicio de cada uno de los establecimientos y definir los mecanismos de contingencia ante las eventualidades.

h. Difusión del proceso

Constituye uno de los hitos más relevantes. Se puede disponer de un óptimo diseño del proceso, pero si las personas que están involucradas no conocen su participación puntual o su contribución, no es posible obtener el valor agregado que persigue la gestión por proceso.

Al difundir y tratar de implementar los cambios introducidos en el trabajo habitual, se pueden visualizar aspectos, que al momento del diseño no eran

evidentes, y además contar con la retroalimentación de los técnicos, que por lo general contribuirán con soluciones. El rol de los actores clave en este hito es fundamental, porque tendrán que lograr el compromiso de las personas a su cargo, para lograr los resultados esperados.

Si los cambios en los procesos además afectan a los clientes o usuarios, se debe también informar a los puestos de información (OIRS, guardias, recepción, etc.) para no generar un impacto negativo en las personas que se beneficiarán de las mejoras de los procesos.

i. Control de proceso

El control es un elemento del proceso administrativo que incluye todas las actividades que se imparten para garantizar que las operaciones reales coincidan con las operaciones planificadas*

Es importante en esta etapa realizar seguimiento, –según la frecuencia establecida–, de los indicadores que permitan alertar sobre situaciones críticas.

j. Retroalimentación de puntos críticos

Con los datos o alertas obtenidos en el control de proceso se deberá retroalimentar a los niveles que corresponda, según responsabilidad, cuando se trata de un punto crítico que no es de resolución de un solo responsable. En esta retroalimentación siempre es relevante informar al responsable del proceso, dado que tiene la visualidad completa de este y puede actuar como facilitador, cuando sea ese el requerimiento.

k. Acciones correctivas

Éstas se aplican dependiendo de la gravedad de las desviaciones informadas, para reaccionar o para continuar estudiando nuevas mejoras. En el caso que sea necesario también se pueden reajustar los objetivos. Ejemplos de acciones correctivas son:

* www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/gen1/controladmin.htm

- Cambios puntuales en algunas tareas a realizar.
- Cambios de procedimientos.
- Establecer nuevas tareas o actividades por vacíos en el diseño original del proceso.

Estas acciones correctivas también se deben difundir con el equipo relacionado.

I. Evaluación o análisis del proceso

La evaluación del proceso aplica también en distintos niveles. En el caso de realizar acciones correctivas, la evaluación corresponde a la eficacia de éstas. En el caso de los subprocesos será la evaluación de cada uno de los responsables, independiente de la aplicación de las medidas correctivas. En este análisis se puede contemplar, aparte de los indicadores u otras actividades de medición, la adhesión del equipo involucrado o si se puede optimizar el proceso aun más. Desde la evaluación del proceso general se pueden considerar los mismos parámetros pero de manera macro: adhesión de las distintas unidades, departamentos, servicios, otros establecimientos, etc.

m. Reingeniería o rediseño de procesos

La reingeniería de procesos significa volver a empezar de nuevo; no es hacer más con menos, es con menos o igual dar más y mejor al cliente/usuario. El objetivo es hacer lo que ya estamos haciendo, pero hacerlo mejor, trabajar más inteligentemente. Es rediseñar los procesos de manera que estos no estén fragmentados.

La reingeniería es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras en medidas críticas y actuales de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez.

La reingeniería ocurre después de periodos prolongados (aproximadamente tres años) de funcionamiento de un proceso y tiene relación con los distintos cambios que van sucediendo. Por ejemplo: cambios tecnológicos, cambios en las expectativas de los clientes, cambios demográficos, etc.

La propuesta realizada en este Manual corresponde justamente a este último hito. A la luz de los datos obtenidos a nivel país, que se recogieron de distintas fuentes (Servicios de Salud, Seremis, establecimientos de salud privados y públicos, auditores, ISP, etc.) y utilizados para realizar la evaluación del proceso actual del VIH/SIDA, se generó la necesidad de realizar reingeniería.

2. Roles y funciones en el proceso de planificación y gestión por procesos

a. Proceso de atención clínica

Este proceso corresponde a la función de provisión de servicios. En el caso del programa de VIH/SIDA corresponde desarrollar todos los subprocesos asociados a la detección, el diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH a los usuarios del sistema de salud.

Desde esta perspectiva, y en el marco de gestión por procesos corresponde implementar, entre otras, las siguientes funciones por instancia:

Establecimientos públicos⁴⁵ y privados de salud

A partir de las indicaciones de este Manual, le corresponde realizar la reingeniería del proceso y subprocesos en los cuales está involucrado:

- Definición e identificación de subprocesos y/o actividades involucradas en el proceso de atención (clínico-asistencial).
- Identificación de las personas/funcionarios claves que participan en el proceso.

⁴⁵ El marco legal que sustenta la implementación de estos hitos, particularmente en los hospitales del sector público, es el Reglamento de los Servicios de Salud que indica en su título V, artículo 46: “Cada hospital e instituto, estará a cargo de un director, el que será responsable de ejecutar, con los recursos asignados, las acciones integradas de salud que éste deba cumplir en el ámbito de su competencia, de conformidad con las políticas, normas, planes y programas a que ellas deban sujetarse y bajo la supervisión y control de la dirección del Servicio a que pertenezca. En conformidad a lo anterior le corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar y evaluar todas las actividades del hospital para que ellas se desarrolle de modo regular y eficiente, sin perjuicio de las facultades que el Director de Servicio le delegue”.

- Planificación de las actividades a desarrollar.
- Elaboración, mejoramiento o adaptación de los procedimientos que se están realizando.
- Elaboración de indicadores clave.
- Definición funciones, roles y responsables.
- Difusión del proceso.
- Control del proceso.
- Retroalimentación de puntos críticos.
- Implementación de acciones correctivas.
- Evaluación o análisis del proceso.

Servicio de Salud

El Servicio de Salud, específicamente el Departamento subdirección de gestión asistencial o su equivalente, es responsable de realizar la reingeniería del proceso y los subprocesos involucrados en la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH que se desarrollan en la red de establecimientos que la conforman:

- Definición e identificación de subprocesos y/o actividades involucradas en el proceso de atención (clínico-asistencial).
- Identificación de las personas/funcionarios clave que participan en el proceso.
- Planificación de las actividades a desarrollar.
- Elaboración, mejoramiento o adaptación de los procedimientos que se están realizando.
- Elaboración de indicadores clave.
- Definición funciones, roles y responsables.

- Difusión del proceso.
- Control del proceso.
- Retroalimentación de puntos críticos.
- Implementación de acciones correctivas.
- Evaluación o análisis del proceso.

El marco legal que sustenta la realización de los hitos descritos por parte del Servicio de Salud es el reglamento de los Servicios de Salud⁴⁶.

Planificación y análisis⁴⁷

«Desarrollar procesos de planificación permanente de la red asistencial. Entre otros, las áreas de articulación de la red asistencial, gestión clínica, gestión de cuidados.»

Gestión de los programas de las personas

«Programar y evaluar la ejecución de los planes, programas, y las acciones que realiza la red respecto de la atención de salud de las personas, y la organización y gestión de los recursos para su cumplimiento.»

Articulación y desarrollo de la red

«Diseñar y proponer al director del servicio estrategias para la implementación y mejora continua de los sistemas de referencia, derivación y contra derivación, así como supervisar el cumplimiento de estándares para los procesos clínicos y administrativos, conforme a las normas técnicas que el Ministerio de Salud imparta al respecto.»

⁴⁶ Decreto N° 140 de 2004, publicado en el Diario Oficial del 21 de abril de 2004 y modificaciones Decreto 75/05, D.O.F. 21 de octubre de 2006.

⁴⁷ Título II: de la Organización de los Departamentos Subdirecciones y sus funciones, párrafo I, del Departamento Subdirección de Gestión Asistencial, artículo 21, El Departamento Subdirección de Gestión Asistencial.

Control de la gestión

«En el aspecto de gestión asistencial, monitorear y evaluar el cumplimiento de la implementación de los planes y programas de salud convenidos o aprobados por el Ministerio de Salud.»

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Basado en el Reglamento del Ministerio de Salud⁴⁸, y en relación a los ámbitos de prestación de servicios y regulación⁴⁹ de las normativas relativas al VIH/SIDA, le corresponde a la Subsecretaría de Redes Asistenciales:

- Analizar, proponer y evaluar políticas, normas, planes y programas concernientes a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema, en particular las relativas al ámbito de los recursos humanos y la inversión en infraestructura y equipamiento para el sistema; los estándares para el desarrollo de sistemas de información a que deberán atenerse los establecimientos del sistema; y las normas de derivación y coordinación de la atención entre Servicios de Salud, establecimientos y niveles de complejidad, para una efectiva articulación de las redes
- Comunicar las políticas, normas, planes y programas dictados en materias de atención de salud y articulación de la red asistencial, velar por su cumplimiento e impartir las instrucciones necesarias a tal efecto.

Subsecretaría de Salud Pública: Comisión Nacional del Sida

Basado en el Reglamento del Ministerio de Salud⁵⁰, y en relación al ámbito de rectoría relativa al proceso de atención clínica para la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH, le corresponde a la Subsecretaría de Salud Pública, a través de la Comisión Nacional del SIDA de la División de Prevención y Control de Enfermedades:

⁴⁸ Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04 Publicado en el Diario Oficial el 21 de abril de 2005 y su modificación Decreto 67/08 de 13 de octubre de 2008.

⁴⁹ La función de regulación ordena las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud, y permite verificar el cumplimiento concreto de las disposiciones legales y normativas.

⁵⁰ Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04 Publicado Diario Oficial el 21/04/2005 y su modificación Decreto 67/08 de 13 del 10 del 2008.

- Analizar, proponer y evaluar políticas, normas, planes y programas respecto de las materias relativas a la prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.
- Proponer protocolos referenciales de atención y aquellos que por razones sanitarias deban ser obligatorios, para lo que deberá coordinarse con la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Comunicar las políticas, normas, planes y programas dictados en materias de salud pública, velar por su cumplimiento e impartir las instrucciones necesarias para tal efecto.

b. Proceso de vigilancia epidemiológica

Se refiere al desarrollo de todos los subprocesos asociados a la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA que deben ser implementados en la red de vigilancia de los establecimientos públicos y privados de salud. Desde esta perspectiva y en el marco del desarrollo del Proceso de Planificación corresponde desarrollar entre otras, los siguientes hitos por instancia para realizar la reingeniería de este proceso:

Establecimientos públicos y privados

Les corresponde, realizar la reingeniería del proceso y subprocesos en los cuales están involucrados en función de los hitos definidos en este Manual:

- Definición e identificación de subprocesos y/o actividades involucradas en el proceso de vigilancia epidemiológica.
- Identificación de las personas/funcionarios clave que participan en el proceso.
- Planificación de las actividades a desarrollar.
- Elaboración, mejoramiento o adaptación de los procedimientos que se están realizando.
- Elaboración de indicadores clave.
- Definición funciones, roles y responsables.

- Difusión del proceso.
- Control del proceso.
- Retroalimentación de puntos críticos.
- Implementación de acciones correctivas.
- Evaluación o análisis del proceso.

Servicios de Salud

Los Servicios de Salud son responsables de la reingeniería del proceso y los subprocesos involucrados en la vigilancia epidemiológica que se desarrolla en su red de establecimientos públicos, en coordinación con la Seremi y los delegados de epidemiología de sus establecimientos:

- Definición e identificación de subprocesos y/o actividades involucradas en el proceso de vigilancia epidemiológica.
- Identificación de las personas/funcionarios claves que participan en el proceso.
- Planificación de las actividades a desarrollar.
- Elaboración, mejoramiento o adaptación de los procedimientos que se están realizando.
- Elaboración de indicadores clave.
- Definición funciones, roles y responsables.
- Difusión del proceso.
- Control del proceso.
- Retroalimentación de puntos críticos.
- Implementación de acciones correctivas.
- Evaluación o análisis del proceso.

Secretaría Regional Ministerial de Salud

La Secretaría Regional Ministerial de Salud, específicamente el Departamento de salud pública, es responsable de realizar la reingeniería del proceso y los subprocesos involucrados en la vigilancia epidemiológica que se desarrolla en la red de establecimientos públicos y privados de salud de la región:

- Definición e identificación de subprocesos y/o actividades involucradas en el proceso de vigilancia epidemiológica.
- Identificación de las personas/funcionarios clave que participan en el proceso.
- Planificación de las actividades a desarrollar.
- Elaboración, mejoramiento o adaptación de los procedimientos que se están realizando.
- Elaboración de indicadores clave.
- Definición funciones, roles y responsables.
- Difusión del proceso.
- Control del proceso.
- Retroalimentación de puntos críticos.
- Implementación de acciones correctivas.
- Evaluación o análisis del proceso.

VIII.

Consejería asociada al examen de detección de la infección por VIH

VIII. Consejería asociada al examen de detección de la infección por VIH

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido un conjunto de intervenciones prioritarias para la prevención, atención, control y tratamiento del VIH/SIDA en el sector salud, las cuales deben ser analizadas, adaptadas y desarrolladas en función de las características de la epidemia, del contexto sociocultural, de las características del sistema de salud y de la disponibilidad de recursos financieros y humanos de cada país.⁵¹

Parte de estas intervenciones sectoriales corresponden a las realizadas en los establecimientos de salud que forman parte de la red de atención, tales como actividades relacionadas con la consejería, información, educación y entrega de insumos y servicios para prevenir la transmisión del VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Estas acciones se concretan en la oferta del examen para la detección del VIH, la aplicación de protocolos para la prevención de la transmisión vertical y la atención oportuna de consultantes de ITS y personas que viven con el VIH⁵².

En este marco, la OMS plantea incrementar el número de personas, particularmente de las poblaciones más vulnerables, que conozcan su situación serológica a través de la detección del VIH, con consejería ya que ello es fundamental para ampliar el acceso a la prevención, atención y tratamiento del VIH. Lo anterior buscando establecer sinergias entre la ética médica, los derechos humanos y los objetivos clínicos y de salud pública.

El principio fundamental de la detección del VIH es que se debe acompañar de información previa, de manera que permita al usuario decidir con conocimiento de causa y voluntariamente realizarse el test. La OMS propone garantizar el principio de las «3C» (consentimiento informado, consejería y confidencialidad).⁵³

La OMS definió la consejería –o asesoramiento–, en el contexto del VIH/SIDA, como una relación y diálogo con dos objetivos generales: prevenir la infección y la transmisión del VIH y dotar de apoyo psicosocial a las personas directa o indirectamente afectadas por él.⁵⁴

⁵¹ Interventions Prioritaires, Prévention, traitement et soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA, Versión 1-2 avril 2009, Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web_fr.pdf

⁵² Ídem

⁵³ Ídem

⁵⁴ Asesoramiento y pruebas voluntarias: Actualización técnica del ONUSIDA, septiembre de 2000.

En Chile se ha diferenciado la consejería para el VIH en dos líneas temáticas sinérgicas:

- Consejería para la prevención del VIH e ITS, que considera la evaluación de las vulnerabilidades y riesgos personales, la actualización de la información y la planificación de estrategias de prevención más adecuadas a cada persona. La oferta del examen se realiza si los antecedentes recopilados justifican su realización.
- Consejería para el examen VIH y la entrega de su resultado. Se sustenta principalmente en orientar y apoyar la toma de decisiones informadas respecto de la realización del examen y de la entrega del resultado de manera oportuna, finalizando con la derivación a los establecimientos de salud para la atención clínica, si se requiere.

La OMS y la Agencia de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) definen tres categorías principales sobre la consejería y la detección del VIH.⁵⁵⁻⁵⁶

Consejería y detección del VIH en donantes de sangre y órganos

Los *screening* practicados a la sangre de los donantes son obligatorios y permiten evitar las infecciones transmitidas por sangre, por ello se realiza el test de detección del VIH. Ello permite proporcionar una provisión de sangre y productos sanguíneos garantizando la seguridad para el donante y el receptor.

La consejería está orientada a informar de los objetivos de la donación y la realización del test a la sangre, a fin de que el usuario decida si acepta el procedimiento o se autoexcluye.

Consejería y detección del VIH por iniciativa del profesional de salud

La consejería y la detección del VIH por iniciativa del profesional de salud es un procedimiento recomendado en el marco de una atención habitual de un usuario que consulta en un establecimiento de salud. El objetivo principal es

⁵⁵ Ídem a cita 53.

⁵⁶ Scaling-up HIV Testing and Counselling Services. A Toolkit Programme Managers. OMS, UNAIDS, 2005.

permitir la toma de decisiones clínicas específicas o proponer los servicios médicos disponibles que no son posibles de proporcionar si no se conoce el estado serológico del paciente.⁵⁷

Consejería y detección del VIH por iniciativa del usuario/paciente

Se denomina consejería y detección por iniciativa del usuario aquella que se realiza a una persona que se acerca a un establecimiento de salud para conocer su estado serológico por iniciativa propia.

Este Manual trata principalmente sobre la consejería relacionada con el proceso de la solicitud u oferta del examen de detección para el VIH

Situación nacional: en las páginas 37 y 38 se describe el marco legal en el cual se inserta la consejería asociada al examen de detección del VIH.

La consejería asociada al examen de detección del VIH implica una planificación y una ejecución en la cual se deben considerar los siguientes aspectos:

Los objetivos de la consejería asociada al examen:

- Apoyar la toma de decisiones informadas respecto al examen de detección del VIH y sus resultados.
- Entregar el resultado del examen de detección del VIH y derivar a los servicios de salud pertinentes, si se requiere.

Tipos de usuarios de la consejería asociada al examen:

- Donantes de sangre y órganos.
- Usuarios a los que el profesional de salud ofrece el examen.
- Usuarios que solicitan el examen por iniciativa propia.

⁵⁷ Ídem

Consejería pretest en donantes de sangre y órganos

En Chile, esta consejería se realiza a todas aquellas personas a las que se les aplica el procedimiento que la Ley 19.779 y el Decreto N° 182/05 del Ministerio de Salud, que establecen como condición el examen de detección del VIH.

Las actividades de esta consejería están incorporadas a la entrevista al donante que debe realizarse previo a la donación, para permitir que identifique su riesgo, analice su situación y decida la donación o exclusión.

Esta actividad debe ser realizada directamente por personal capacitado.

Actividades consideradas

- Informar el motivo del requerimiento del examen y su vinculación con la transmisión del VIH por esta vía, enfatizando la importancia y el objetivo para la donación.
- Informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH.
- Informar sobre el procedimiento, análisis de la sangre y los posibles resultados.
- Realizar lectura y firma del consentimiento (formato sugerido en anexo a, pág. 153 y 154).
- Informar las acciones que se realizarán si el examen de la sangre donada detecta el VIH.
- Registrar la actividad en ficha del donante y/o medios electrónicos establecidos lo siguiente.
 - Identificación del establecimiento y de la unidad correspondiente.
 - Identificación del profesional que realiza la consejería.
 - Fecha de realización de la consejería.

- Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección, teléfono(s).

Consejería pretest en el que el profesional de salud ofrece el examen

Es la consejería que se realizará a aquellas personas a las que un profesional de salud ofrece el examen de detección del VIH, en el marco de la atención clínica definida por el contexto normativo de programas de salud o por situaciones clínicas que lo ameritan.

Destinatarios de la consejería en que el profesional de salud ofrece el examen, es decir, forma parte de la atención del paciente:

- Embarazadas.⁵⁸
- Personas en control por TBC.⁵⁹
- Víctimas de violencia sexual.⁶⁰
- Personal de salud que se haya expuesto a sangre y fluidos corporales de riesgo para la transmisión del VIH.⁶¹
- Personas en riesgo de adquirir una ITS y que asisten a consulta de salud sexual.⁶²
- Consultantes con sintomatología sugerente de infecciones de transmisión sexual.⁶³
- Personas en control de salud sexual (comercio sexual).⁶⁴

⁵⁸ Norma de prevención de la transmisión vertical del VIH, aprobada por Resolución Exenta N° 622 del 17 de octubre de 2005.

⁵⁹ Manual de organización y normas técnicas, programa nacional de control de la tuberculosis, Ministerio de Salud, 2005, aprobada por Resolución Exenta N° 444 del 4 de agosto de 2005, Ministerio de Salud, Chile.

⁶⁰ Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual, aprobada por Resolución Exenta N° 527/04 del Minsal.

⁶¹ Norma general técnica N° 48 sobre manejo post exposición laboral a sangre, en el contexto de la prevención de la infección por VIH, aprobada por el Decreto Exento N° 561 del 7 de marzo del Minsal.

⁶² Norma de manejo y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), aprobada por Decreto Exento N° 424 del 17 de julio de 2008.

⁶³ Ídem

⁶⁴ Ídem

- Pacientes en diálisis.⁶⁷
- Pacientes en los que el médico y/o profesional de la salud indique el examen por signos sugerentes de infección por VIH.

La consejería debe ser realizada directamente por el profesional que ofrece el examen y está capacitado, o por medio de otro personal con capacitación, asegurando su realización en forma oportuna.

Actividades consideradas

- Informar el motivo de la oferta del examen y su vinculación con la transmisión del VIH.
- Informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH.
- Informar sobre el examen, sus procedimientos y de los posibles resultados.
- Realizar lectura y firma del consentimiento o rechazo del examen (formato sugerido en anexo b, pág. 155).
- Tomar acuerdos para la entrega del resultado.
- Derivar a consejería con énfasis en la prevención primaria si se requiere.
- Registrar lo siguiente en ficha clínica y/o medios electrónicos establecidos:
 - Identificación del establecimiento y de la unidad correspondiente.
 - Identificación del profesional que solicita el examen.
 - Fecha de solicitud del examen.
 - Identificación del profesional que realiza la consejería.
 - Fecha de realización de la consejería.

- Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección, teléfono(s).
- Datos solicitados en consentimiento informado. Un ejemplar del documento de consentimiento informado firmado por el paciente, ya sea si acepta o rechaza la prueba debe quedar adjunto a la ficha.
- Mecanismos y fecha de citación para entrega de resultados.

Consejería pretest por iniciativa del usuario

Se denomina consejería y detección por iniciativa del usuario a aquella que se realiza a una persona que se acerca por iniciativa propia a un establecimiento de salud para solicitar el examen y conocer su estado serológico⁶⁶.

Esta consejería debe ser realizada por personal de salud capacitado, que debe estar disponible en cada establecimiento de salud.

Actividades consideradas

- Precisar el motivo de consulta que genera la solicitud del examen por el consultante.
- Informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH.
- Informar sobre el examen, sus procedimientos, periodo de ventana y de los posibles resultados.
- Realizar lectura y firma del consentimiento o rechazo del examen (formato sugerido en anexo b, pág. 155).
- Tomar acuerdos para la entrega de resultado.

⁶⁶ Interventions Prioritaires. Prévention, traitement et soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA. Versión 1-2 avril 2009, Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web_fr.pdf

- Registrar lo siguiente en ficha clínica y/o medios electrónicos establecidos:
- Identificación del establecimiento y de la unidad correspondiente.
 - Identificación del profesional que solicita el examen.
 - Fecha de solicitud del examen.
 - Identificación del profesional/técnico que realiza la consejería.
 - Fecha de realización de la consejería.
 - Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección, teléfono (s).
 - Datos solicitados en consentimiento informado. Un ejemplar del documento de consentimiento informado firmado por el paciente, ya sea si acepta o rechaza la prueba debe quedar adjunto a la ficha.
 - Un ejemplar del documento de consentimiento informado firmado por el paciente, ya sea si acepta o rechaza la prueba debe quedar adjunto a la ficha.
 - Mecanismos y fecha de citación para entrega del resultado.

Si la situación del usuario lo requiere se ofrecerá, además, consejería para la prevención del VIH e ITS que privilegia, en otro contexto, la evaluación del riesgo individual así como el abordaje del impacto del VIH en la salud, en el entorno familiar y social, y las estrategias para disminuir los riesgos.

Otros destinatarios a considerar

Otros destinatarios de la actividad de consejería serán todas las personas que actúen como tutor o representante legal de niños, niñas, adolescentes y/o de personas incapacitadas de dar su consentimiento, quienes deberán firmar el consentimiento de aceptación o rechazo del examen.

Entrega de resultados: consejería pos resultado del examen de detección del VIH

Las recomendaciones nacionales en esta materia, coherentes con las de la OMS y del ONUSIDA, son las siguientes:

- Si las personas son seronegativas se debe orientar acerca de la prevención, a fin de que se mantengan en esta situación. La recomendación de un nuevo examen dependerá del cumplimiento del periodo de ventana y/o la existencia de otras situaciones de riesgo.
- Si las personas son seropositivas se deberán orientar acerca de cómo prevenir la transmisión del VIH a otras personas y mantener un buen estado de salud general, así como deberán ser referidos a los servicios de atención para su evaluación clínica u otros servicios que fuesen necesarios.

El marco normativo respecto de la entrega del examen ya fue descrito en la página 47.

Consejería postest no reactivo local/negativo posanálisis del ISP

A los únicos usuarios que no se les realizará esta consejería y no se les entregará el resultado del test cuando sea no reactivo local o negativo posanálisis del ISP, es a los donantes. Si un donante cuyo examen resultó no reactivo al test de detección solicita la entrega del mismo, se debe derivar al lugar definido en la red de establecimientos públicos o privados para la entrega del resultado con consejería postest.

Al resto de los usuarios, en esas situaciones, se les entregará el resultado y se considerarán las siguientes acciones:

- Entregar el documento enviado por el laboratorio con resultado del examen.
- Explicar claramente significado del resultado.
- Solicitar al consultante firmar la recepción del resultado del examen.
- Promover medidas de prevención,

- Evaluar recomendación de nuevo examen (por período de ventana).
- Derivar si se considera pertinente, a consejería en prevención del VIH/SIDA y las ITS.
- Registrar en ficha clínica y/o medios establecidos, lo siguiente:
 - Identificación del establecimiento y de la unidad correspondiente.
 - Identificación del profesional que entrega el resultado y realiza consejería postest.
 - Fecha de realización de la consejería.
 - Resultado del examen.
 - Firma de recepción examen por parte del paciente.
 - Acciones de derivación si corresponde.

Consejería postest confirmado por el ISP como positivo

Esta actividad debe ser realizada cuando se haya completado todo el proceso de confirmación incluyendo la prueba de identidad, e independiente del tipo de situación que dio origen al examen y al tipo de consejería.

Se considerarán las siguientes acciones:

- Entregar el formulario con la confirmación del ISP en original.
- Informar sobre las implicancias de vivir con VIH o estar desarrollando SIDA.
- Derivar a un centro de atención de VIH/SIDA.
- Promover conductas de autocuidado y prevención de transmisión de VIH.
- Proponer que la persona informe de su estado serológico a su/sus pareja/as sexual/es, recomendando la consejería y detección del VIH.
- Solicitar al consultante firmar la recepción del resultado del examen.

- Registrar en ficha clínica y/o medios establecidos, lo siguiente:
 - Identificación del establecimiento y de la unidad correspondiente.
 - Identificación del profesional que entrega el resultado y realiza consejería postest.
 - Fecha de realización de la consejería.
 - Resultado del examen, fecha de Informe del ISP.
 - Firma de recepción del examen por parte del paciente.
 - Lugar de derivación, en lo posible coordinar en ese momento fecha y hora de citación a centro de VIH/SIDA.

IX.

Marco jurídico vigente asociado al VIH/SIDA en el sector salud

IX. Marco jurídico vigente asociado al VIH/SIDA en el sector salud

Definición

Marco jurídico es el conjunto de normas y disposiciones de distinto rango que sirven de fundamento a las políticas, programas y acciones que se llevan a cabo en esta materia. En orden descendente de importancia son la Constitución Política de la República, las leyes y decretos con fuerza de ley, reglamentos y decretos. Según la naturaleza que tenga una norma específica, debe ajustarse a las que preceden en la escala señalada. Además, en el orden interno del sector salud, hay resoluciones y oficios circulares de orden obligatorio.

Marco global de las políticas de salud

El marco global respecto a la salud está dado por la Constitución Política de la República de Chile del año 2005, la cual explicita en su artículo 9º.- «El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;»

Marco específico de las políticas de salud

Las normas fundamentales que regulan el sector salud son:

- Código Sanitario, aprobado por DFL N° 725 de 1967, del Ministerio de Salud. Trata las materias relacionadas con la salud pública del país y de sus habitantes.

- Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, Ley Orgánica de los organismos que configuran el sector: Ministerio de Salud, Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública de Chile, Central de Abastecimiento del Sistema, Superintendencia de Salud. Además, contiene las disposiciones de la ley N° 18.496 que regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Nota Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

La colección ordenada de reglas o preceptos, procurada por la autoridad sanitaria para la ejecución del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, está dada por los siguientes reglamentos:

- Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04, publicado en el Diario Oficial el 21 de abril de 2005 y su modificación Decreto 67/08 de 13 de octubre de 2008. Define la naturaleza y alcance del Minsal, sus funciones, la organización y atribuciones. Asimismo, indica respectos a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, su naturaleza jurídica y objeto, sus funciones y organización.
- Reglamento de los Servicios de Salud, Decreto N° 140 de 2004, publicado en Diario Oficial el 21 de abril de 2004 y modificaciones Decreto 75/05, D.O.F. 21 de octubre de 2006. Define naturaleza y alcance de los mismos, su organización, estructura y funciones. Asimismo, indica roles y funciones en relación con la atención primaria de salud; incorpora disposiciones sobre gestión financiera y acciones referidas a los establecimientos de salud.

Marco específico de las políticas de salud en VIH/SIDA

En relación específicamente al VIH, indicamos a continuación en orden de jerarquía, los instrumentos normativos actuales:

- Ley 19.779, publicada en el Diario Oficial, el 14 de diciembre de 2001, que establece Normas relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y crea Bonificación Fiscal para Enfermedades Catastróficas.
- Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.

- Decreto N° 466, de 1987, del Ministerio de Salud, imparte Norma para la aplicación de un Programa de Vigilancia Epidemiológica del SIDA.
- Resolución Exenta N° 561 de 2000, del Ministerio de Salud, Norma Técnica N° 48, Norma Manejo posexposición Laboral a Sangre en el contexto de la Prevención de la Infección por VIH.
- Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles, Decreto Supremo N° 158 de 2004, del Ministerio de Salud.
- Resolución Exenta Minsal N° 622, 17 de octubre de 2005, Norma Técnica N° 81, Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.
- Resolución Exenta N° 328 D.O.F. 1986, establece Normas Mínimas de Bioseguridad para el Manejo de Muestras de Pacientes con riesgos de Infección del Virus HTLV III SIDA, en Laboratorios Clínicos.
- Circular N° B51/18 de 2007, Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA.
- Ordinario B51 N°/ 1817 del 07 de mayo de 2009 referido a instrucciones para la Construcción de Código examen para VIH.
- Ordinario 22B/ N° 4220, del 28 de octubre de 2009, codificación examen de VIH.

Otras regulaciones sanitarias que abordan aspectos del VIH/SIDA

También es preciso mencionar que hay cuerpos legales que corresponden a otras áreas temáticas sectoriales, y que especifican aspectos del VIH/SIDA, tal es el caso de:

- Decreto N° 2357 de 1994, del Ministerio de Salud, modificado por Decreto N° 531/99 y Decreto N° 558 de 2001, aprueba Reglamento sobre Centros de Diálisis.
- Resolución Exenta N° 444 de 2005, Ministerio de Salud, Manual de Organización y Normas Técnicas, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud.

- Decreto N° 44/07 de 2005, modificado por Decreto 69/07, Normas del Ministerio de Salud que aprueban las Garantías Explicitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.
- Decreto N° 206, de 2007 del Minsal, Reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual.
- Resolución Exenta N° 394 de 2008 del Ministerio de Salud, aprueba Guía de Procedimientos por Infracción al Decreto Supremo N° 158 de 2004 del Minsal.
- Resolución Exenta N° 60 de 2007, del Ministerio de Salud, Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explicitas en Salud de la Ley 19.966, modificada por Resolución Exenta N° 296 de 2007 del Ministerio de Salud.
- Resolución Exenta N° 458 de 2007, del Ministerio de Salud, aprueba Norma General Técnica N° 96, sobre Colecta Móvil de Sangre.
- Resolución Exenta N° 424 de 2008, del Ministerio de Salud, aprueba Norma General Técnica N° 103, Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Norma Técnica Vigilancia de Laboratorio, de 2006 del Instituto de Salud Pública.
- Circular 4F/53 del Minsal del 19 de diciembre de 1995, Norma sobre exámenes microbiológicos obligatorios a realizar a toda sangre donada para transfusiones y otros aspectos relacionados con la seguridad microbiológica de la sangre.
- Circular 4C/21 del Minsal de 22 de marzo de 2000. Normas para la selección del Donante de Sangre.
- Ordinario C6/N° 850 del 26 de marzo de 2009, informa sobre Donantes de Sangre, indica conducta a seguir frente a donantes con exámenes de tamizajes positivos, que residen en un área geográfica diferente en la cual realizó la donación.
- Ordinario C63/N° 2344 del 23 de julio de 2009, Política Nacional de Servicios de Sangre.

Marco regulatorio relativo a establecimientos que realizan exámenes diagnósticos y atención clínica

Finalmente, haremos mención a la normativa relativa a los establecimientos en los cuales se realiza el examen y la atención de usuario, que rige para cualquier atención en salud:

Decreto N° 161/82, del Ministerio de Salud, Reglamento de Hospitales y Clínicas, y sus modificaciones: Decreto N° 129/89, Ministerio de Salud, Decreto N° 570/98, Ministerio de Salud, Decreto N° 216/03, Ministerio de Salud, publicado, Decreto N° 152/05, Ministerio de Salud.

Decreto N° 433 de 1993, del Ministerio de Salud, Reglamento de Laboratorios Clínicos.

Decreto N° 15 de 2007, del Ministerio de Salud, Reglamento del Sistema de Acreditación para los prestadores institucionales de salud.

Decreto Exento N° 18 de 10 de marzo de 2009, del Ministerio de Salud, aprueba los estándares generales que indica del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud. El decreto se refiere a establecimientos que brindan tanto atención cerrada como abierta, ya sea en el sector público como privado. Forman parte de este instrumento legal el *Manual de acreditación para la atención abierta* y el *Manual de acreditación para la atención cerrada* y sus respectivos anexos.

Normas Técnicas Básicas para obtener Autorización Sanitaria en Establecimientos de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008.

Oficio 4F/522 del Instituto de Salud Pública de 1996, exige la participación de todos los Bancos de Sangre del país, en control anual realizado por el ISP.

Oficio N° 4220 del Instituto de Salud Pública de 2006, participación obligatoria de todos los laboratorios en control anual realizado por el ISP.

Marco regulatorio sobre confidencialidad y ficha clínica

Se refiere a la normativa vigente relacionada con el manejo de los datos del usuario/paciente en el marco de la confidencialidad y la ficha clínica (ver detalles en anexo m, pág. 209)

Ley N° 17.374/70 (INE) o Ley Orgánica del Instituto Nacional de Estadísticas.

Resolución Exenta N° 926 del 14 de junio de 1989 del Minsal, Manual del SOME, capítulo IV, separata estadística, punto 10.- Confidencialidad de la Historia Clínica.

Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada o Protección de Datos de Carácter Personal, DOF 28 de agosto de 1999.

Código Penal, artículos números 246 y 247.

Decreto N° 161, de 1982, del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas.

X.
Anexos

X. Anexos

a. Referencias de modelos de consentimiento informado donantes de sangre

FICHA DONANTE DE SANGRE - DONANTE NUEVO		ANTIAGREG.
FECHA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> HORA INGRESO <input type="text"/> : <input type="text"/> Lugar: Colecta		
NOMBRE <input type="text"/> RUT N° <input type="text"/> - <input type="text"/> FECHA DE NAC. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
DIRECCION _____ COMUNA _____ FONO FIJO <input type="text"/> CEL. <input type="text"/> EMAIL _____		
ESTADO CIVIL _____ ESTUDIOS _____ <input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD _____	Nombre del paciente _____ Parentesco _____ Servicio / Institución _____	Tipo de donante ALTRUISTA N <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> REPOSICIÓN N <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
HORA <input type="text"/> : <input type="text"/> ASPECTO GRAL. _____ PESO <input type="text"/> Kg TALLA <input type="text"/> cm PA <input type="text"/> / <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> PULSO <input type="text"/> T° <input type="text"/> °C	Entrevista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chequeo de Hb Normal Bajo <input type="checkbox"/> Resultado Nicohemotest % Verificación Cuidado Durante la Donación Finalización / toma de muestras Ingreso al sistema informático Reconciliación	

Consentimiento Informado – debe ser firmado en presencia de algún miembro del equipo

- He leído y entendido el Folleto Informativo. He tenido la oportunidad de preguntar sobre las dudas que se hayan presentado y estas han sido contestadas.
- Hasta donde yo sé, no estoy en riesgo de tener ninguna enfermedad que se pueda transmitir por la transfusión de sangre.
- Estoy de acuerdo con que mi sangre sea estudiada para VIH, Sífilis, Chagas, Hepatitis B y C, y HTLV I. En caso de resultar alterados será informado al respecto por el Centro de Sangre.
- Comprendo el proceso de donación y acepto los riesgos poco comunes asociados a este.
- Autizo al Centro de Sangre del Bío-Bío a conservar mis datos personales, antecedentes de salud y número de donaciones.
- Doy mi sangre al Centro de Sangre del Bío-Bío, para ser utilizada en beneficio de los pacientes.

FIRMA PROFESIONAL _____

FIRMA DONANTE _____

VERIF. IDENTIDAD <input type="checkbox"/> VERIF. NÚMEROS <input type="checkbox"/> HORA INICIO <input type="text"/> : <input type="text"/> HORARIO TERMINO <input type="text"/> : <input type="text"/> DURACIÓN <input type="text"/> : <input type="text"/> min BOLSA Nº LOTE <input type="text"/> Nº SERIE <input type="text"/> TIPO <input type="text"/> MARCA <input type="text"/> AGITADOR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BRAZO D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	REACCIONES ADVERSAS RVV leve <input type="checkbox"/> RVV moderada <input type="checkbox"/> RVV severa <input type="checkbox"/> INCIDENTES: P. Fallida <input type="checkbox"/> Vena R. <input type="checkbox"/> E. Lenta <input type="checkbox"/> Manejo y Evolución _____ Observaciones _____ _____ _____ Firma Responsable _____ HORA EGRESO <input type="text"/> : <input type="text"/>
--	---

CENTRO METROPOLITANO DE SANGRE Y TEJIDO

FICHA DONANTE DE SANGRE

RECEPCION

Nº DONACION

Nombre

RUT

Fecha Nac.

Dirección

Ciudad

Teléfono

email

ENTREVISTA: Exámen Físico

HORA		TALLA	
PESO		PULSO	
PRESIÓN			
ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA			

HEMOGLOBINA	Normal	Bajo	%
HEMATOCRITO			
GRUPO SANGUINEO			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoy he concurrido a donar sangre por libre y propia voluntad.

- 1.- He leido el Folleto Informativo correspondiente a: "Información antes de Donar" y "Preguntas antes de la Donación"
 - 2.- Consulté las dudas que se me presentaron, recibi respuestas satisfactorias a mis preguntas y contesté con la verdad en la entrevista profesional.
 - 3.- Hasta donde yo sé, no estoy en riesgo de tener ninguna enfermedad que se pueda transmitir por la transfusión de sangre.
 - 4.- Estoy de acuerdo que mi sangre sea estudiada para: VIH (SIDA), Sifilis, Chagas, Hepatitis B y C y HTLV-I
En caso de resultar alterados seré informado al respecto por el Centro de sangre.
 - 5.- Comprendo el proceso de donación y acepto los riesgos poco comunes asociados.
 - 6.- Autorizo que los componentes de mi sangre sean usados para transfundir a recién nacidos, niños, adultos y/o para la preparación de productos sanguíneos (albúmina, inmunoglobulina).
- Certifico que mis datos personales son los correctos y acepto que el Centro Metropolitano de Sangre y Tejido los conserve así como también los números de donación.*
- Acepto la responsabilidad de la seguridad de la sangre que voy a donar.*

FIRMA MINISTRO DE FE

EXTRACCION

VERIF. IDENTIDAD		
VERIF. NUMEROS		
HORA INICIO		
DURACIÓN		
BOLSA		
Nº LOTE		
Nº SERIE		
TIPO		
MARCA		
Nº AGITADOR		
PESO BOLSA		
BRAZO	D	I
INCIDENTE DE LA VENOPUNCIÓN		
Hematoma		
Punción	arterial	nerviosa
Mala Punción		

FIRMA DONANTE

Presión Post Donación	
Manejo y Evolución de reacciones adversas:	
Observaciones:	
HORA DE EGRESO	
RECONCILIACION	
Entrevista	
Venopunción	
Cuidado durante la donación	
Finalización / Toma de muestra	
Ingreso al sistema informático	

b. Carta de consentimiento informado para realizarse el examen de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia adquirida Humana)

Señor(a):

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo a la realización del examen de detección del VIH, según se establece en la Ley Nº 19.779 y en la normativa del Ministerio de Salud.

El examen para detectar el virus del SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH) se realiza a partir de una muestra de sangre que al ser procesada, puede entregar un resultado negativo o positivo. El resultado negativo significa que no se encuentran anticuerpos al VIH; el resultado positivo significa que se detecta la presencia de anticuerpos al VIH y que el Instituto de Salud Pública (ISP) ha confirmado que la persona ha adquirido el virus. La entrega del resultado final podrá requerir, en algunos casos, de una segunda muestra de sangre.

El procesamiento de la muestra de sangre y su confirmación toma, aproximadamente, cuatro semanas.

Para que el examen pueda detectar con seguridad el virus VIH, se requiere que la toma de la muestra de sangre y su análisis se realice luego de tres meses desde la última situación de riesgo para adquirirlo (período de ventana).

El examen se debe ofrecer con **consejería Pretest**, que tiene como propósito informar sobre el VIH y el examen de detección, firmar el Consentimiento Informado y tomar acuerdos para la entrega del resultado. El resultado de su examen será entregado personalmente con Consejería Postest en la que, además recibirá información respecto de las estrategias de prevención y/o los Servicios de Salud disponibles para la atención, si corresponden. Toda la información que usted entregue en ambas sesiones será tratada confidencialmente.

YO, RUN declaro haber comprendido este documento y haber recibido Consejería Previa a la realización del test. Acepto la responsabilidad de retirar personalmente el resultado; en caso de no retirarlo en la fecha acordada, acepto que se me contacte confidencialmente, según los procedimientos que me han informado (llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada).

Frente a esto decido:

Si, acepto realizarme el examen de detección del VIH

Nombre y firma consultante
o representante legal

Fecha próxima citación:

Nombre y firma
Profesional capacitado/a en consejería

No acepto realizarme el examen de detección del VIH

Nombre y firma consultante
o representante legal

Entrega del resultado examen detección del VIH

Con fecha _____ yo, _____ RUN _____,

he recibido el resultado del examen de detección del VIH, con consejería, en la que se me ha explicado el significado del resultado y se me ha informado sobre medidas de prevención y alternativas de atención de salud, si lo requiero.

Nombre y firma consultante: _____
o representante legal

Nombre y firma profesional capacitado en consejería _____

- c. Vigilancia epidemiológica. Solicitud de envío de muestras para confirmación de VIH/SIDA por el ISP, en adultos.



FORMULARIO DE ENVIO DE MUESTRA PARA CONFIRMACION DE VIH

1. DATOS DEL PACIENTE (Ver instrucciones)

Clave

Edad Sexo M F Nacionalidad

Clasificación: Donante ETS Hospitalizado Embarazada Otro

2. PROCEDENCIA

Profesional Responsable

Laboratorio / Hospital

Dirección Ciudad

Fono Fax Mail

3. DATOS DE LA MUESTRA

Fecha de obtención

Tipo de muestra: Suero Plasma Sangre con anticoagulante EDTA

TECNICA REALIZADA

- Técnica Visual

Acon Smartest Vikia Inmunocomb Otro

- Técnica Instrumental

Axsym Architect Uniform Vidas HIV Combi Advia Vitros

Otro

Reactividad

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cut- Off

Lote

Vencimiento

4. DATOS CLINICOS

Asintomático Sintomático Diagnóstico

FACTOR DE RIESGO

Hombres que tiene sexo con hombres (HSH) Trabajador(a) sexual

Accidente corto punzante

Otro

INSTRUCCIONES:

- La clave del paciente se compone de la inicial del primer nombre y de los dos apellidos, fecha de nacimiento (dd/mm/aa), tres últimos dígitos del RUT y el código verificador.

Ejemplo: Esteban San Martín Chandía, fecha de nacimiento el 20 de julio de 1975 y RUT 9.457.882-5, clave: ESC 200775 882-5.

En el caso de un **paciente extranjero** la clave del paciente se compone con la inicial del primer nombre, apellido y fecha de nacimiento.

- Para consultas contactarse con la Sección SIDA:

Teléfonos: 575 5455 – 575 5456

Fax: 3507583

Telefonía IP: 255 455 – 255 456

Mail: seccionsida@ispch.cl

Solicitud de envío de muestras para confirmación de VIH/SIDA pediátrico, por el ISP.



FORMULARIO DE ENVIO DE MUESTRA PARA CONFIRMACION DE VIH PEDIATRICO

1. IDENTIFICACION DEL NIÑO (Ver instrucciones)

Clave Definitiva -

Clave de Recién Nacido: RN/ (En caso de NO contar con la clave definitiva)

Edad: Años Meses Días

Sexo M F

Clave Materna Nº Registro ISP

2. PROCEDENCIA

Profesional Responsable

Laboratorio / Hospital

Dirección Ciudad

Fono Fax Mail

3. DATOS DE LA MUESTRA

Fecha de obtención

Tipo de muestra: Suero Plasma Sangre con anticoagulante EDTA

Nº de Muestra: 1^a 2^a 3^a

Nº Registro ISP de Muestra Anterior

Otra:

4. DATOS CLINICOS

Asintomático Sintomático Diagnóstico

Protocolo de transmisión vertical: No Sí Terapia

FACTOR DE RIESGO

Madre VIH (+)

Lactancia por madre VIH (+)

Otro

INSTRUCCIONES:

- La clave del paciente se compone de la inicial del primer nombre y de los dos apellidos, fecha de nacimiento (dd/mm/aa), tres últimos dígitos del RUT y el código verificador.
Ejemplo: Camila Reyes Solar, fecha de nacimiento el 20 de julio de 2009 y RUT 20.457.882-5, clave: CRS 200709 882-5.

En caso de que no se disponga de la clave definitiva del niño, completar el recuadro que corresponde a la clave de recién nacido de la siguiente forma: RN/inicial del primer nombre y de los dos apellidos de la madre y fecha de nacimiento del niño (dd/mm/aa).

- Para consultas contactarse con la Sección SIDA:
Teléfonos: 575 5455 – 575 5456 Telefónica IP: 255 455 – 255 456
Fax: 3507583 Mail: seccionsida@ispch.cl

Formulario de notificación de caso de VIH/SIDA



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE VIH-SIDA

Instructivo formulario de notificación de caso de VIH/SIDA

INSTRUCTIVO FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE VIH-SIDA

El formulario de notificación de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, ha sido desarrollado con la finalidad de recoger la información necesaria para ampliar el conocimiento de la epidemia VIH/SIDA.

Este informe es confidencial y será utilizado sólo con fines estadísticos y epidemiológicos.

Los datos deben ser escritos claramente, llenando sólo las casillas que correspondan en el formulario que consta de dos copias, una para el Establecimiento de Salud que diagnostica el caso, y una para la Autoridad Sanitaria Regional. El envío debe ser realizado en un sobre cerrado, manteniendo estricta reserva.

El formulario consta de 4 secciones:

- Datos que identifican el Centro Asistencial que notifica el caso (Nº 1 al 4).
- (A) Datos de identificación y sociodemográficos del (de la) enfermo(a) (Nº 5 al 19).
- (B) Datos del Estado de Salud y del Diagnóstico (Nº 20 al 26).
- (C) Datos de persona que notifica el caso.
 - 1.- Fecha de notificación: registre la fecha de notificación del caso, con la modalidad dd,mm,aaaa.
 - 2.- Establecimiento: indique nombre del establecimiento donde se origina la notificación. Si es una Consulta Privada, escriba CONSULTA.
 - 3.- Servicio de Salud: indique nombre del Servicio de Salud que emite la notificación.
 - 4.- SEREMI: indique nombre de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, de la región a la cual pertenece el Servicio de Salud que emite la notificación.

A) DATOS

- 5.- RUT: registre el RUT del (de la) enfermo(a), (dato resguardado con la colocación de una cinta adhesiva protectora).
- 6.- Código: registre en el siguiente orden:
 - a: 1ra. letra del primer nombre
 - b: 1ra. letra del apellido paterno
 - c: 1ra. letra del apellido materno
 - d, d: día de nacimiento
 - e, e: mes de nacimiento
 - f, f: año de nacimiento
- g, g, g: tres últimos dígitos del RUT, más dígito verificador.
- 7.- Sexo: marque con una X en el casillero que corresponda al sexo del (de la) enfermo(a).
- 8.- Transgénero: registre sólo una alternativa.
- 9.- Fecha de nacimiento: indique Día, Mes y Año de Nacimiento (dd,mm,aaaa).
- 10.- Edad: registre el número equivalente a la edad que tiene el (la) enfermo(a).
- 11.- Unidad de medida de la edad: anote 1, si el (la) enfermo(a) es mayor de un año; anote 2 si se trata de niños(as) menores de un año.
- 12.- Escolaridad: seleccione sólo una categoría, marcando con X el casillero que corresponde.
- 13.- Años aprobados: seleccione sólo una alternativa que tiene relación directa con el número anterior (escolaridad).
- 14.- Profesión u Oficio: anote con letra clara la Profesión u Oficio que el (la) enfermo(a) declara al momento de la notificación.
- 15.- Ocupación: anote con letra clara la Ocupación que el (la) enfermo(a) manifiesta desempeñar al momento de la notificación.
- 16.- Comuna de residencia: registre nombre de la Comuna, donde se ubica el domicilio del (de la) enfermo(a) al momento de la notificación.
- 17.- Nacionalidad: Autoexplicativo
- 18.- País de origen y/o visitado últimamente: si en los últimos 6 meses estuvo en el extranjero, registre nombre del país.
- 19.- Pertenencia declarada a algunos de los siguientes pueblos originarios: indique la etnia a la cual el (la) enfermo(a) declara pertenecer o sentirse identificado.

B) DATOS DEL ESTADO DE SALUD Y DEL DIAGNÓSTICO

- 20.- Condiciones especiales: marque con una "X" la(s) condición(es) del (de la) enfermo(a) en la(s) alternativa(s) que corresponda.
- 21.- Motivación del examen: seleccione la(s) alternativa(s) que motivaron al (a) enfermo(a) a realizarse el examen.
- 22.- Datos de laboratorio
 - 22.1- Fecha de confirmación ISP: registre la fecha de confirmación del resultado del examen informada por el Instituto de Salud Pública. Con la modalidad de dd, mm, aaaa.
 - 22.2- Número de registro ISP: transcriba fielmente el número entregado por el Instituto de Salud Pública.
- 23.- Conducta sexual declarada: seleccione con una "X" sólo una de las alternativas.
- 24.- Factores de riesgo: anote con una "X" frente al Sí o frente a No, las alternativas que correspondan.
- 25.- Etapificación:
 - 25.1- Inmunológica
 - Recuento de linfocitos TCD4: registre el número de linfocitos TCD4 por mm³ del primer examen realizado. Registre sólo una etapa de acuerdo a definición de caso, según el nivel de linfocitos TCD4 del primer examen (Circular notificación VIH-SIDA).
 - 25.2- Clínica
 - Patología: registre la(s) patologías que presente el (la) enfermo(a). Registre sólo una etapa de acuerdo a definición de caso según patologías marcadoras.
- 25.3- Clasificación final
 - Registre sólo una alternativa de acuerdo a resultado de linfocitos TCD4 y/o patologías marcadoras.
- 26.- Observaciones: escriba con letra legible, información del (de la) enfermo(a), que considere relevante.

C) IDENTIFICACIÓN DE PERSONA QUE NOTIFICA EL CASO

- Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno: anote con letra legible nombre y apellidos de la persona que notifica el caso.
- RUT: anote el RUT de la persona que notifica el caso.
- Teléfono: registre número telefónico de la persona que notifica.
- Fecha de notificación a la SEREMI: registre la fecha cuando el Establecimiento de Salud notifica el caso a la Autoridad Sanitaria Regional, con la modalidad dd, mm, aaaa.
- Fecha de recepción en la SEREMI: La Secretaría Regional Ministerial de Salud debe registrar la fecha cuando recibe la notificación del caso desde el Establecimiento de Salud.

Formulario de notificación de cambio de etapa VIH/SIDA

 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD		FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN CAMBIO ETAPA VIH-SIDA												
1. FECHA DE NOTIFICACIÓN		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Dia Mes Año			2. ESTABLECIMIENTO:		<input type="text"/>							
3. SERVICIO DE SALUD:		<input type="text"/>			4. SEREMI:		<input type="text"/>			<input type="text"/>				
A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN														
5. RUT:		<input type="text"/> - <input type="text"/>			6. CODIGO:		<input type="text"/> a <input type="text"/> b <input type="text"/> c <input type="text"/> d <input type="text"/> e <input type="text"/> f <input type="text"/> f - <input type="text"/> f			7. SEXO		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		
8. TRANSGÉNERO		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Responde <input type="checkbox"/>	9. FECHA DE NACIMIENTO		<input type="text"/> Dia <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año			10. EDAD		<input type="text"/>				
11. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD								12.1 Inmunológica		12.2 Clínica				
Recuento de linfocitos TCD4:		<input type="text"/> mm ³			<input type="text"/> Patología						12.3. Clasificación final:			
Etapificación		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			<input type="text"/>						A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/>			
13. FECHA DE DIAGNÓSTICO		<input type="text"/> Dia <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			
C) IDENTIFICACIÓN DE PERSONA QUE NOTIFICA EL CASO														
Nombre			Apellido Paterno			Apellido Materno			RUT					
<input type="text"/>			<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Dia Mes Año			<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> FECHA DE RECEPCIÓN (en la SEREMI)			<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Dia Mes Año					
TELEFONO														

Instructivo formulario de notificación de cambio de etapa VIH/SIDA

INSTRUCTIVO FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN CAMBIO ETAPA VIH-SIDA

El formulario de notificación de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, ha sido desarrollado con la finalidad de recoger la información necesaria para ampliar el conocimiento de la epidemia VIH/SIDA.

Este informe es confidencial y será utilizado sólo con fines estadísticos y epidemiológicos.

Los datos deben ser escritos claramente, llenando sólo las casillas correspondientes en el formulario que consta de dos copias, una para el Establecimiento de Salud que notifica el cambio de etapa, y una para la Autoridad Sanitaria Regional. El envío debe ser realizado en un sobre cerrado manteniendo estricta reserva.

El formulario consta de 4 secciones:

- Datos que identifican el Centro Asistencial que notifica el cambio de etapa (Nº 1 al 4).
- (A) Datos de identificación y sociodemográficos del (de la) enfermo(a) (Nº 5 al 9).
- (B) Datos del Estado de Salud y del Diagnóstico (Nº 10 al Nº 11).
- (C) Datos de persona que notifica el cambio de etapa.

1.- Fecha de notificación: registre la fecha de notificación del cambio de etapa. (dd,mm,aaaa).

2.- Establecimiento: indique nombre del establecimiento donde se origina la notificación. Si es una Consulta Privada, escriba CONSULTA.

3.- Servicio de Salud: indique nombre del Servicio de Salud que emite la notificación.

4.- SEREMI: indique nombre de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, de la región a la cual pertenece el Servicio de Salud que emite la notificación.

A) DATOS

5.- RUT: registre el RUT del (de la) enfermo(a). (dato resguardado con la colocación de una cinta adhesiva protectora).

6.- Código: registre en el siguiente orden:

- a: 1ra. letra del primer nombre
- b: 1ra. letra del apellido paterno
- c, c : dia de nacimiento
- d, d: mes de nacimiento
- e, e: año de nacimiento
- f, f, f, f: tres últimos dígitos del RUT, más digito verificador

7.- Sexo: marque con una X en el casillero que corresponda al sexo del (de la) enfermo(a).

8.- Transgénero: marque sólo una alternativa.

9.- Fecha de nacimiento: registre Dia, Mes y Año de Nacimiento. (dd,mm,aaaa).

10.- Unidad de medida de la edad: anote 1 si el (la) enfermo(a) es mayor de un año; anote 2 si se trata de niño (as) menores de un año

B) DATOS DEL ESTADO DE SALUD Y DEL DIAGNÓSTICO

11.- Etapificación:

11.1- Inmunoológica.-

- Recuento de linfocitos TCD4: registre el número de linfocitos TCD4 por mm³ del primer examen realizado.

Registre sólo una etapa de acuerdo a definición de caso, según el nivel de linfocitos TCD4 del primer examen (Circular notificación VIH-SIDA).

11.2- Clínica.-

- Patología: registre la(s) patologías que presente el (la) enfermo(a).

Registre sólo una etapa de acuerdo a definición de caso según patologías marcadoras.

11.3- Clasificación final.-

Registre sólo una alternativa de acuerdo a resultado de linfocitos TCD4 y/o patología marcadoras.

12.- Fecha de diagnóstico: registre la fecha que de acuerdo al recuento de linfocitos TCD4 y la clínica, permite diagnosticar que el (la) enfermo(a) cambia la condición de infección por VIH a SIDA. (dd,mm,aaaa)

C) IDENTIFICACIÓN DE PERSONA QUE NOTIFICA EL CASO

- Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno: anote con letra legible nombre y apellidos de la persona que notifica el cambio de etapa.

- RUT: anote el RUT de la persona que notifica el cambio de etapa.

- Teléfono: registre número telefónico de la persona que notifica.

- Fecha de notificación a la SEREMI: registre la fecha cuando el Establecimiento de Salud, notifica el cambio de etapa a la Secretaría Regional Ministerial (dd,mm,aaaa).

- Fecha de recepción en la SEREMI: la Secretaría Regional Ministerial de Salud debe registrar, la fecha cuando recibe la notificación del cambio de etapa desde el Establecimiento de Salud.

Formulario boletín de declaración Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

BOLETIN NOTIFICACIÓN ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (ENO)												
1. NOMBRE ESTABLECIMIENTO:			Código establecimiento		3. SEREMI:			Código SEREMI				
2. OFICINA PROVINCIAL:			Código Oficina Provincial		4. N° HISTORIA CLÍNICA:							
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE												
5. NOMBRE DEL (DE LA) PACIENTE:					6. RUT							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	_____ - _____							
7. SEXO:	<input type="checkbox"/> 1. Hombre	<input type="checkbox"/> 2. Mujer	8. FECHA DE NACIMIENTO:		9. EDAD	10. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:		1. Días	<input type="checkbox"/>			
			_____	_____	_____	_____	_____	2. Meses	<input type="checkbox"/>			
			_____	_____	_____	_____	_____	3. Años	<input type="checkbox"/>			
11. NACIONALIDAD (Sólo extranjeros)					Código	12. PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO	<input type="checkbox"/>	1. Aymarí (Kawashkar)	6. Mapuche			
					_____	2. Atacameño	<input type="checkbox"/>	7. Quechua	<input type="checkbox"/>			
					3. Almara	<input type="checkbox"/>	8. Rega Nui	<input type="checkbox"/>				
					4. Colla	<input type="checkbox"/>	9. Yámana (Yagán)	<input type="checkbox"/>				
					5. Diaguita	<input type="checkbox"/>	10. Ninguna	<input type="checkbox"/>				
13. DOMICILIO:					Población	Código Postal						
Calle _____ Nro. _____ Depto. _____					_____	_____						
14. COMUNA DE RESIDENCIA:					Código Comuna	15. TELÉFONO						
					_____	_____						
16. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD					17. OCUPACIÓN	18. CATEGORÍA OCUPACIONAL						
0. Inactivo(a) <input type="checkbox"/>						1. Patrono/Empresario	4. Trabajador independiente	<input type="checkbox"/>				
1. Activo(a) <input type="checkbox"/>					2. Empleado	3. Obrero						
DATOS CLÍNICOS:												
19. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO:					CIE10							

20. OTRO DIAGNÓSTICO CONFIRMADO (Registrar sólo si en el anterior diagnóstico se declara una TBC)					CIE10							

21. FECHA 1 ^{ra} SINTOMAS					22. PAÍS DE CONTAGIO	PAÍS						
Día _____ Mes _____ Año _____					1. Chile	<input type="checkbox"/>	_____					
					2. Extranjero	<input type="checkbox"/>						
23. ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN					27. EMBARAZO							
1. Sí 3. Ignorado <input type="checkbox"/> 2. No 4. No corresponde <input type="checkbox"/>					1. Clínica (Incluye Imagenología)	<input type="checkbox"/>	2. Epidemiológica	<input type="checkbox"/>	3. Frotis	<input type="checkbox"/>	4. Gullivo	<input type="checkbox"/>
					5. Serología	<input type="checkbox"/>	6. Biopsia	<input type="checkbox"/>	7. Autopsia	<input type="checkbox"/>	1. Sí 2. No 3. No corresponde	<input type="checkbox"/>
24. FECHA ÚLT. DOSIS												
25. NÚMERO DOSIS												
COMPLETAR SÓLO SI LA DECLARACIÓN CORRESPONDE A TBC												
28. INDICAR SI CORRESPONDE A:					1. Caso nuevo	<input type="checkbox"/>	29. SÓLO PARA RECAÍDAS	30. IGUAL LOCALIZACIÓN				
2. Recidita					<input type="checkbox"/>		1. Otra	<input type="checkbox"/>				
DATOS DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA												
30. NOMBRE:					Nombres							
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____					Nombres _____							
31. TELÉFONO _____ Correo electrónico _____					32. RUT: _____ - _____							
FECHA DE NOTIFICACIÓN												
33. FECHA DE NOTIFICACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO:					34. FECHA DE NOTIFICACIÓN DESDE LA SEREMI AL MINSAL:							
Día _____ Mes _____ Año _____					Día _____ Mes _____ Año _____							

Instructivo boletín notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Boletín ENO)

INSTRUCTIVO BOLETIN NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (BOLETÍN E.N.O.)

1. **Nombre Establecimiento:** Indique Nombre y Código asignado al Establecimiento que emite la notificación, según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
2. **Oficina Provincial:** Cuando corresponda indique Nombre y Código asignado a la Oficina Provincial o según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
3. **SEREMI:** Indique Nombre y Código asignado a la SEREMI según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
4. **Nº Historia Clínica:** Registre el número foliado de la carátula de la Historia Clínica del (de la) enfermo (a)
5. **Nombre del (de la) paciente:** Escriba con letra legible, el apellido paterno, el apellido materno y los nombres (en ese orden) del (de la) enfermo (a).
6. **RUT:** Registre el RUT del (de la) enfermo(a), sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guion.
7. **Sexo:** Registre el N° de la alternativa que corresponda al sexo del (de la) enfermo (a).
8. **Fecha de nacimiento:** Registre día, mes y año de nacimiento del (de la) enfermo (a), en la modalidad dd, mm, aaaa.
9. **Edad:** Registre numéricamente la edad del (de la) enfermo(a).
10. **Unidad de medida de la edad:** Registre 1 si se trata de un enfermo (a) menor de un mes de vida; 2 si es mayor de un mes y menor de un año; o 3 si el enfermo (a) tiene uno o más años.
11. **Nacionalidad:** sólo cuando se trate de enfermo(a) extranjero(a) este dato deberá ser completado con el nombre del país. La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
12. **Pueblo originario declarado:** La pregunta debe ser: ¿pertenece Ud. (el(la) paciente) a alguno de los siguientes pueblos originarios: alacalufe (kawashkar), atacameño, aimara, colla, diaguita, mapuche, quechua, rapa nui, yámana (yagán) o ninguno. Registre el número que corresponda al pueblo originario declarado por el(la) paciente.
14. **Comuna de residencia:** Indique el nombre de la Comuna donde está ubicado el domicilio habitual del (de la) enfermo. Ante dudas de los nombres de las comunas, consulte en el sitio <http://deis.minsal.cl> "División Político Administrativa"
15. **Teléfono:** Registre el número telefónico del (de la) enfermo (a) o el número de contacto.
16. **Condición de actividad:** Indicar si el (la) enfermo(a) es Activo(a) o Inactivo(a)
17. **Ocupación:** Registrar la ocupación Ej.: Labores de casa, estudiante, jubilado(a), profesor, ingeniero, etc.
18. **Categoría ocupacional:** Anote en el recuadro el número que identifica la Categoría Ocupacional a la que pertenece el(la) enfermo(a).
No completar si están declaradas las siguientes ocupaciones: Labores de casa, Estudiante, Rentista, Jubilado, Inválido o Recluido, Otros, Ninguna
19. **Diagnóstico confirmado:** Registrar el diagnóstico confirmado (nombre de la afección) y el código que corresponde a la CIE-10 (escala oficial). Para el(la) enfermo(a) que presente 2 o más afecciones de declaración obligatoria, éstas deberán ser registradas en FORMULARIOS SEPARADOS para cada una. Sólo en caso de Tuberculosis se registrará en la 2da. línea otro diagnóstico relacionado con esta afección.
20. **Otro diagnóstico confirmado:** Llenar solo si en el diagnóstico confirmado se declara una **Tuberculosis**.
21. **Fecha 1ros. síntomas:** Indicar la fecha de inicio de síntomas detectadas por anamnesis, no omitir dato.
22. **País de contagio:** Indicar en la celda que corresponda si la enfermedad fue adquirida en Chile o fuera del país. Si sucedió en el extranjero, registrar el nombre del país de eventual procedencia (por anamnesis).
23. **Antecedente de vacunación:** Registrar número que corresponda, según respuesta del(de la) paciente
24. **Fecha última dosis:** registrar día, mes y año (dd,mm,aaaa) de la última dosis de la vacuna correspondiente.
25. **Número dosis:** indicar número de dosis recibidas, de la vacuna correspondiente.
26. **Confirmación diagnóstica:** Colocar "1" en la celda que corresponda a la confirmación diagnóstica.
27. **Embarazo:** Registrar en la celda el número correspondiente.
Celdas 26 y 27: Completar sólo para TBC.
28. **Registrar según corresponda**
29. **Sólo para recaídas:** Indicar si es la misma localización u otra.
- 30, 31 Y 32. **Datos del(la) profesional que hace la declaración:** Registrar Nombre: apellido paterno, materno y nombres. RUT, número de teléfono y correo electrónico
33. **Fecha de notificación en el establecimiento:** Indicar la fecha de la declaración del caso. NO OMITIR.
34. **Fecha de notificación desde la SEREMI al MINSAL:** Registrar la fecha en la que la SEREMI, envía notificación al Ministerio de Salud.

versión julio 2009

Vigilancia de VIH/SIDA

Instructivo para notificación en línea de casos y de cambio de etapa.

Cada unidad de epidemiología, de las Seremis de Salud, cuenta con una clave de acceso, la que será modificada una vez al mes, a fin de garantizar la confidencialidad de los datos ingresados.

I. Sistema de notificación

Epidemiología de cada Seremi de salud debe ingresar los datos, al menos una vez por semana, o la información se ingresa caso a caso, una vez que se cuente con el formulario completo II.

Procedimiento

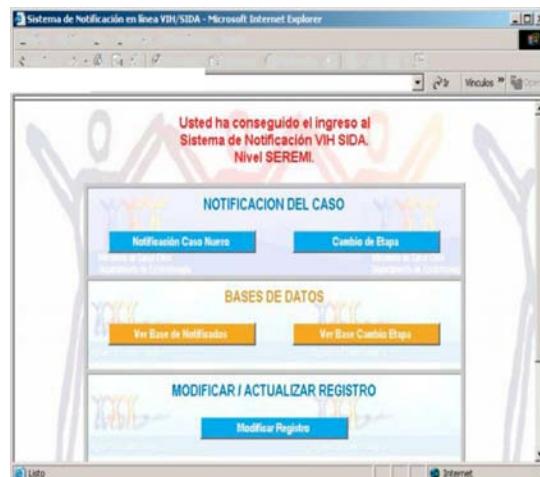
- 1) Para ingresar al sistema se debe digitar el nombre de usuario y contraseña. Esta última, será modificada mensualmente por el administrador del sitio web (Ministerio de Salud), y enviada en forma reservada, al jefe de la unidad de epidemiología de la autoridad sanitaria regional (ASR).



Digite su clave de usuario

- 2) Al entrar, aparece la pantalla de administración del sistema, donde se puede:

- Notificar un caso nuevo o un cambio de etapa de VIH/SIDA (esta última opción es válida sólo para casos ya notificados anteriormente).
- Ver base de datos de su región, con excepción del RUN.
- Modificar/actualizar registros.



Opción: Notificación de caso de VIH/SIDA

Al ingresar a la opción notificación de caso de VIH/SIDA se desplegará la pantalla que contiene todas las variables del formulario en papel, debiendo registrar todos los campos.

- A 1. a 4. Autoexplicativos. El menú del establecimiento y servicio de salud, contiene aquellos datos correspondientes a su región.
- B 5. RUN: si no tiene la información al digitar el RUN, éste se puede reemplazar por 99999999-9, para ser completada posteriormente. Este dato será encriptado por el sistema una vez digitado.

6. Código de identificación: debe ser ingresado en el orden correspondiente al formulario de notificación de caso.

7 y 8. Seleccione la opción que corresponda de acuerdo a lo consignado en el formulario.

9. Fecha de nacimiento: información obligatoria.

10 y 11. Edad: anote la edad, seleccionando la opción años o meses (si corresponde a menores de un año).

12 y 13. Escolaridad y años aprobados: sólo una alternativa.

14 y 15. Profesión u oficio y ocupación: anote como se consigna en el formulario en papel.

16 a 19. Desplegables.

20 y 21. Condiciones especiales y motivación del examen: puede ingresar más de una.

22. Datos del laboratorio: asegúrese de digitar la fecha y número de registro del ISP.

23. Conducta sexual declarada: sólo una.

24. Factores de riesgo: marque lo que corresponda.

25. Etapificación: verifique que el recuento de TCD4 y las patologías, estén consignados. De acuerdo al ingreso del recuento de TCD4, el sistema automáticamente clasificará inmunológicamente el caso (categorías 1, 2 ó 3), según lo establecido en la circular de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA (<http://epi.Ministerio de Salud.cl>).

25.1.- Clasificación final: marque sólo una.

C. Identificación de la persona que notifica el caso: asegúrese de completar todos los datos.

- Fecha de notificación a la Seremi: no se digita.
- Fecha de recepción en la Seremi: anote en forma completa debido a que esta variable permite el cálculo del indicador de oportunidad.
- Fecha de notificación al Ministerio de Salud. Quedará registrada automáticamente al iniciar un registro en el formulario electrónico.

Oportunidad de notificación: es una variable generada en forma automática por el sistema y corresponde a la diferencia entre la fecha de digitación de los datos (fecha de notificación al Ministerio de Salud) y la fecha de recepción en la Seremi. Si supera los 28 días, aparecerá en color rojo, lo que implica que el indicador no se cumple.

Al finalizar

Guarde la información haciendo clic en el botón guardar información. Si más adelante, hay algún dato que modificar, haga clic en el botón modificar datos. Esta opción se encuentra ubicada en el menú inicial y sólo permite modificar los datos del formulario de notificación de caso VIH/SIDA (nuevo).

Al guardar, aparecerá el número correlativo nacional del caso y aparecerá la opción de continuar ingresando otro caso o salir del sistema.

Opción: notificación de cambio de etapa VIH/SIDA

Al ingresar a la opción notificación de cambio de etapa VIH/SIDA se desplegará una pantalla con la siguiente información:

Código de identificación.

Debe ser ingresado en el orden correspondiente al formulario de notificación de caso o de cambio de etapa de VIH/SIDA. Al verificar código, entra en el formulario electrónico de cambio de etapa.

Cada vez que un caso cambie de etapa y haya sido previamente ingresado al sistema de vigilancia (base de datos previa a 2007 o nuevo sistema), se generará una alerta indicando que el código ya existe. Si el sexo u otras variables no son coincidentes con el caso que se está ingresando, se deberá interrumpir la digitación hasta que los datos sean verificados, a fin de determinar con certeza que la información corresponda al mismo caso.

El formulario de cambio de etapa contiene:

1 a 4. Autoexplicativos. El menú de establecimiento y Servicio de Salud, contiene aquellos datos correspondientes a su región.

A. Datos de identificación

5. RUN. Si no tiene la información al digitar el RUN, éste se puede reemplazar por 99999999-9, para ser completada posteriormente. Este dato será encriptado por el sistema una vez digitado.

6, 7 y 9. Código, sexo y fecha de nacimiento. Se encontrarán registrados al ingresar a esta página.

8. Seleccione la opción que corresponda de acuerdo a lo consignado en el formulario.

10 y 11. Anote la edad, seleccionando la opción años, o meses (si corresponde a menores de un año).

B. Datos del estado salud y del diagnóstico

12.- Etapificación: Esta es la sección del formulario que consigna el cambio de etapa de la enfermedad.

Verifique que el recuento de TCD4, y las patologías, estén consignados. De acuerdo al ingreso del recuento de TCD4, el sistema automáticamente clasificará inmunológicamente el caso (categorías 1, 2 ó 3), según lo establecido en la circular de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA (<http://epi.Ministerio de Salud.cl>).

12.3.- Clasificación final: marque sólo una.

13.- Fecha de diagnóstico: autoexplicativa.

C. Identificación de la persona que notifica el caso: completar todos los datos

- Fecha de notificación a la Seremi: no se digita.
- Fecha de recepción en la Seremi: Anote en forma completa debido a que esta variable permite el cálculo del indicador de oportunidad.
- Fecha de notificación al Ministerio de Salud: quedará registrada automáticamente al iniciar un registro en el formulario electrónico.

Oportunidad de notificación: Es una variable generada en forma automática por el sistema y corresponde a la diferencia entre la fecha de digitación de los datos (fecha de notificación al Ministerio de Salud) y la fecha de recepción en la Seremi.

IMPORTANTE: RECUERDE SIEMPRE GUARDAR ANTES DE SALIR

Opción: ver base de datos

Se despliegan en pantalla todas las variables contenidas en la base de datos correspondiente a su región, con excepción del RUN.

Ante dudas y observaciones al formulario, contáctese con el departamento de epidemiología, Ministerio de Salud a los teléfonos: (02) 574 00 91 – (02) 5740123 o al correo electrónico jmanriquez@ministeriodesalud.cl y fsoto@ministeriodesalud.cl

Nota: este instructivo se actualizará a medida que se incorporen nuevas herramientas al sistema.

d. Puerta de entrada: centros de sangre, bancos de sangre

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Entrevista para la selección del donante. Realización de consejería pretest y orientación respecto al resultado del examen. Firma del documento consentimiento informado en el marco de la donación de sangre.	Anexo 1 del Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Circular 4C/21 del Ministerio de Salud del 22 de marzo de 2000, Normas para la selección del donante de sangre.	Profesional de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios, capacitado en consejería.	Datos de identificación del lugar de realización, fecha y profesional que realiza la entrevista y la consejería. Datos de identificación del paciente (RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, dirección, residencia, dirección, teléfono). Ficha del donante en formato papel y aprueba Norma General Técnica N°96, sobre colecta móvil de sangre. Datos solicitados en consentimiento informado o rechazo de la donación.	sistema electrónico de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos. Formato documento consentimiento informado. Resolución Exenta N°458 del 8 de mayo de 2007, Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, decreto N°182 de 2005. Se informará al donante sobre las posibilidades que se abren frente al análisis de su sangre y que el VIH es una de las patologías posibles de detectar. Asimismo se indicará que si su examen es confirmado por el Instituto de Salud Pública se le contactará a través de los mecanismos indicados en este Manual. Firma del consentimiento informado.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Instrumentos de registro Información a registrar
Recolección de sangre y muestra para análisis.	<p>Circular 4C/25 del 3 de abril de 2000, Normas para la extracción de sangre de donantes de sangre completa, Ministerio de Salud.</p> <p>Resolución Exenta N° 328 del 19 de marzo de 1986, establece Normas mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.</p>	<p>De acuerdo a lo indicado en punto 3, Recolección de sangre de circular 4C/25 del Ministerio de Salud del 3 de abril de 2000.</p>	<p>Fecha y funcionario que realiza la colección de la sangre.</p> <p>Datos de identificación del lugar de solicitud y realización.</p> <p>Datos de identificación del paciente (RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, dirección, comuna de residencia, dirección, teléfonos).</p>
Identificación de la bolsa y muestras para análisis de sangre.	<p>Se realizará previo a la extracción de sangre y se confirmarán los datos del donante al momento de la misma.</p> <p>Punto 3.6 de la circular 4C/21 del Ministerio de Salud del 22 de marzo de 2000, Normas para la selección del donante de sangre.</p>	<p>De acuerdo a lo indicado en punto 3, Recolección de sangre de circular 4C/25 del Ministerio de Salud del 3 de abril de 2000.</p>	<p>Identificación de la donación de productos sanguíneos por medio de código del banco de sangre.</p> <p>Fecha, lugar de realización, responsable, y fecha lugar al que se envía muestra para procesamiento.</p>
Procesamiento y análisis de la muestra de sangre en laboratorio, centro o banco de sangre.	<p>Recepción de la muestra.</p> <p>En esta instancia se realiza el test de detección de VIH, aplicando Reglamento para la detección del Virus de la Inmuno Deficiencia Humana, decreto 182 de octubre de 2005.</p>	<p>Jefe de laboratorio o lugar de procesamiento de la muestra.</p>	<p>Fecha recepción/ingreso de muestra para análisis.</p> <p>Datos de identificación del establecimiento que originó la muestra.</p> <p>Datos de identificación del donante y código de la muestra.</p> <p>Resultados del tamizaje.</p> <p>Fecha y responsable de envío del resultado final a centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios, cuando corresponda.</p>

Procedimiento Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable Actions referidas al resultado del examen cuando es no reactivo.	Información a registrar Si el primer análisis (tamizaje) es no reactivo, el resultado se informa al lugar de origen: centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.	Instrumentos de registro Formulario de envío de muestras al ISP. Registros en formato papel y electrónico de laboratorio, centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Recepción de resultados de confirmación del ISP en laboratorio, centro de sangre, o bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.</p>	<p>Si la confirmación del ISP es negativo(-) se envía el resultado al lugar de origen: centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios.</p>	<p>Jefe de laboratorio, tecnólogo médico, o responsable designado.</p>	<p>Fecha y responsable de recepción del examen del ISP. Resultado del ISP. Fecha y responsable envío de resultados negativo (-) al lugar de origen de extracción de la sangre.</p>	<p>Registros en formato papel y sistema registro electrónico de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios. Registros con resultados de análisis para envío a lugar de origen de extracción de la sangre.</p>
	<p>Si el resultado es indeterminado no concluyente, se solicita nueva muestra al lugar de origen.</p>	<p>Jefe de laboratorio, tecnólogo médico, o responsable designado.</p>	<p>Fecha y responsable de recepción del examen del ISP. Resultado del ISP. Fecha y responsable que coordina/ solicita al lugar de origen la muestra nueva.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios. Registro con resultados de análisis para envío a lugar de origen</p>
	<p>Si el resultado es positivo (+), se informa al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.</p>	<p>Jefe de laboratorio, tecnólogo médico, o responsable designado.</p>	<p>Fecha y responsable de recepción del examen del ISP. Resultado del ISP. Fecha y responsable de coordinar la realización de prueba de identidad.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de laboratorios, centros de sangre, bancos de sangre de establecimientos hospitalarios. Registro con solicitud PI.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Realización Prueba de Identidad (PI)	<p>El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento realizará las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la citación del paciente a la PI.</p> <p>Si el paciente reside en una jurisdicción de otro Servicio de Salud, el coordinador de procesos asistenciales del establecimiento debeenviar, oficialmente, los antecedentes al coordinador del Servicio de Salud de dicha red, para que el director del Servicio de Salud informe oficialmente, y coordine con el Servicio de Salud respectivo la citación del paciente a la PI en el establecimiento de la red asistencial, establecido para ello.</p> <p>Ordinario C6/Nº850 del 26 de marzo de 2009. Informa sobre donantes de sangre.</p>	<p>Coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.</p> <p>Coordinador VIH /SIDA, Servicio de Salud que derivó y que receptiona.</p>	<p>Fecha, y responsable de citación. Mecanismo, fecha y lugar de citación. Fecha, y responsable de derivación. Fecha, mecanismo y responsable de citación.</p> <p>Fecha y lugar de citación.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de establecimiento origin de la donación, Servicio de Salud.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico de Servicio de Salud receptor de los antecedentes y del paciente y del establecimiento que realiza la prueba de identificación (PI).</p>
	Toma de muestra en establecimiento de la red asistencial establecido para ello. Fecha y responsable de toma de muestras.	Profesional responsable de unidad de toma de muestras o responsable designado.	<p>tra, de envío y/o recepción de las mismas a laboratorio.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico de Servicio de Salud receptor, y establecimiento que realiza la PI.</p>	

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Procesamiento de PI	<p>Procesar muestra para PI (test tamizaje local para VIH) en laboratorio definido localmente.</p> <p>Sí la PI es negativa, se deben revisar los procesos, contactar al laboratorio de virología del ISP, coordinar con el lugar de origen para iniciar todo el proceso nuevamente, y realizar auditoría de procesos.</p>	<p>Tecnólogo médico, o responsable designado.</p> <p>Coordinador de procesos asistenciales y jefe de laboratorio del establecimiento.</p> <p>Fecha, responsable de re-</p>	<p>Fecha, responsable y resultado del tamizaje.</p> <p>Fecha, responsable y resultado de las gestiones con el ISP.</p> <p>Registros en formato papel y electró-</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de centros de sangre, bancos de sangre del establecimiento.</p> <p>Sí la PI es positiva, se debe</p>
	<p>informar al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento que tomó la muestra.</p> <p>Jefe de laboratorio del establecimiento,</p>	<p>o responsable designado.</p> <p>Fecha, responsable de información y envío de</p>	<p>resultado a coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del establecimiento.</p>	<p>Citación del paciente a consejería postest.</p> <p>El coordinador de procesos</p>
	<p>asistenciales del establecimiento que tomó la muestra, gestionará la citación</p>	<p>los antecedentes.</p> <p>Fecha, responsable y meca-</p>	<p>Lugar, fecha y hora de citación.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del establecimiento.</p>	<p>I nombre, fecha, recorrido, uno, recibe</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Entrega / comunicación de resultado positivo (+) al donante con consejería postest.</p> <p>Entrega de documento de confirmación del ISP. Derivación ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud.</p>	<p>Realización consejería postest.</p> <p>Entrega de documento confirmación del ISP.</p> <p>Firma de la recepción de resultados por parte del paciente.</p> <p>Adjuntar copia de confirmación del ISP en ficha clínica.</p> <p>Derivación a establecimiento definido en la red, para ingreso a control y tratamiento si se requiere.</p>	<p>Profesional de unidad definida en el establecimiento, para entrega de resultado a la persona capacitada en consejería postest.</p> <p>Fecha de informe del ISP.</p> <p>Fecha de entrega y recepción de confirmación del ISP por parte del usuario.</p> <p>Lugar del Servicio de Salud al cual se deriva para ingreso a control del VIH.</p> <p>Fecha de la citación.</p>	<p>Fecha de recepción de resultado del examen confirmatorio del ISP.</p> <p>Datos de identificación del lugar de entrega y responsable de la consejería postest.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de la unidad definida en el establecimiento para entrega de resultado.</p>
<p>Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.</p>	<p>Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.</p>	<p>Profesional del centro de atención de VIH/SIDA o personal designado.</p>	<p>Registro de ingreso y apertura de ficha clínica.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de la unidad definida en el establecimiento para ingreso a control.</p>
	<p>Evaluación por profesional especializado, etapificación de la infección, indicaciones</p>	<p>Médico tratante de VIH/SIDA</p>	<p>Evaluación médica.</p> <p>Indicaciones.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de la unidad definida en el establecimiento (ficha clínica).</p>

e. Puerta de entrada: establecimientos de atención primaria de salud

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Oferta/solicitud de examen para la detección del VIH. Reglamento del examen Realización de consejería pretest. Firma de documento consentimiento informado.	para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005. Norma Técnica N°81, Prevención de la transmisión vertical del VIH, Resolución Exenta Ministerio de Salud N°622, 17 de octubre de 2005. Decreto N°206, de 2007 del Ministerio de Salud. Reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual. Manual de organización y normas técnicas, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, aprobada por Resolución Exenta N°444 de 2005, Ministerio de Salud.	Embarazadas; matron(a) que realiza el control prenatal, capacitado en consejería. Pacientes programa TBC: médico o profesional de la salud capacitado en consejería. Consultantes que deseen tomarse voluntariamente el examen: profesional capacitado en consejería en el establecimiento de acuerdo al definido en el mismo.	Datos de identificación del establecimiento, unidad y profesional que solicita el examen. Indicación de examen datos de identificación del profesional que realiza la consejería. Fecha de realización de la consejería. paciente: RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, previsión, comuna de residencia, dirección y teléfonos, N° de ficha. Datos solicitados en formato consentimiento informado. Datos solicitados en orden de examen.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otro). Libro foliado con datos completos y códigos para facilidad de ubicación del Paciente (libro de acceso restringido). Formato documento consentimiento informado. Orden de examen.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Citación para entrega del resultado al usuario	<p>Se indicará al usuario el día, hora y lugar de entrega del resultado del examen. Esta fecha no debe exceder los 30 días hábiles posteriores al día de la toma del examen, y será registrada en el formato documento de consentimiento informado.</p> <p>Asimismo, se informará que ante la insatisfacción a la citación se procederá de acuerdo al lo indicado en este Manual.</p> <p>Se registrará en el carnet de control, la fecha, hora y lugar de citación para entrega de resultado.</p>	<p>Profesional responsable que solicita el examen, de acuerdo a los puntos anteriores.</p>	<p>Fecha, hora y lugar de citación Responsable de la citación.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica y carnet de control).</p>
Toma de muestra de sangre/recolección de sangre				

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Instrumentos de registro Información a registrar
Procesamiento de la muestra de sangre en laboratorio.	<p>Recepción de la muestra.</p> <p>En esta instancia se realiza el test de detección de VIH, aplicando Reglamento para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto 182 de octubre de 2005.</p> <p>Resolución Exenta N°328 de 19 de marzo de 1986, establece Normas mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de infección del Virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.</p>	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	<p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Fecha de ingreso y responsable de recepción de la muestra para análisis.</p> <p>Datos de identificación del establecimiento, servicio clínico de origen de la muestra, clave identificatoria del paciente/usuario.</p> <p>Datos de identificación del paciente/usuario y código de identificación de la muestra.</p>
Acciones referidas al resultado del examen cuando es no reactivo .	<p>Si el primer análisis (tamizaje) es no reactivo, el resultado se envía al establecimiento de atención primaria de origen para ser entregado en dicha instancia, como resultado final al usuario, con consejería postest.</p>	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	<p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Fecha y responsable de análisis y envío de resultado al establecimiento de atención primaria de origen de la muestra.</p> <p>Resultado del tamizaje.</p> <p>Identificación codificada del usuario.</p>
Acciones referidas al resultado del examen cuando es reactivo local .	<p>Reglamento para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto 182 de octubre de 2005;</p> <p>Norma técnica para el transporte de substancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2008.</p> <p>Norma técnica vigilancia de laboratorio, 2006. ISP.</p>	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	<p>Formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Fecha y responsable recepción de la muestra.</p> <p>Fecha y responsable del análisis de la muestra.</p> <p>Resultados de tamizaje.</p> <p>Llenado de formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Fecha y responsable envío de muestra y formulario de envío de muestras al ISP.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Confirmación diagnóstica por ISP. Envío informe con resultado desde ISP al laboratorio.	Procesamiento de la muestra de acuerdo a norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006.	Jefe de laboratorio o virología del ISP.	Fecha de recepción e identificación del establecimiento que lo derivó y de la muestra. Resultado de análisis.	Registros en formato papel y sistema electrónico del ISP.
	Recepción de resultado de confirmación del ISP es negativo (-) se envía el resultado al establecimiento de atención primaria de origen.	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	Fecha y responsable de recepción de examen del ISP. Establecimiento de origen de la muestra. Identificación codificada del usuario. Resultado del ISP.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.
	minado o no concluyente , se solicita nueva muestra al establecimiento de atención primaria de origen.	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	Fecha y responsable que solicita nueva muestra al establecimiento primaria de atención de origen.	Registros con resultado de análisis para envío a lugar de origen.
	Si el resultado es positivo (+) , se solicita al establecimiento de atención primaria de origen toma de nueva muestra para PI.	Jefe de laboratorio, o responsable designado	Fecha y responsable que solicita al establecimiento de atención primaria de origen de la muestra, la toma de nueva muestra para la realización de prueba de identidad (PI).	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.
	La solicitud formal debe ser realizada al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de atención primaria.			Registros con solicitud al lugar de origen.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Solicitud de realización PI.	El coordinador de procesos asistenciales es responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la citación del paciente a la realización de la PI.	Profesional coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de atención primaria.	Fecha de recepción de solicitud de realización de PI por laboratorio. Nombre del responsable de realizar la citación para la realización de la PI. Fecha, día, hora y mecanismo de citación para la PI.	Registros en formato papel y electrónico del establecimiento de atención primaria (ficha clínica u otro).
Toma de muestra de PI y envío para análisis a laboratorio.	Toma de muestra para PI. Envío muestra rotulada/codificada a laboratorio.	Profesional responsable, o responsable designado de la unidad de toma de muestras del establecimiento de atención primaria.	Establecimiento, fecha y responsable de toma de muestra, y envío a laboratorio.	Registros en formato papel y electrónico del establecimiento de atención primaria y laboratorio.
Procesamiento de PI en laboratorio.	Procesar muestra para PI (test tamizaje local para VIH) en laboratorio.	Tecnólogo médico, o responsable designado.	Fecha y resultado del tamizaje.	Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.
	Sí la PI es negativa (-), se deben revisar los procesos y contactar al laboratorio de virología del ISP, coordinar con el establecimiento de origen para iniciar todo el proceso nuevamente y realizar auditoría.	Jefe de laboratorio. Profesional responsable de la unidad de toma de muestras.	Profesional que solicitó el examen. Fecha, responsable de resultado del tamizaje, de la revisión de procesos y de comunicación con el ISP. Fecha, responsable y resultado de las gestiones con el ISP.	Registros en formato papel y electrónico del laboratorio y establecimiento de origen de la muestra.
	Sí la PI es positiva (+), se debe enviar resultado al establecimiento de atención primaria de origen junto al examen confirmatorio original y copia del ISP.	Jefe de laboratorio.	Fecha, responsable y resultado de la PI. Fecha, responsable de envío de resultado a lugar de origen.	Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Entrega/ comunicación de resultado negativo (-) al usuario con consejería postest.	<p>Recepción de resultado final en el establecimiento de atención primaria de origen y derivación al profesional que solicitó el examen.</p> <p>Verificación de fecha de citación para entrega del resultado o citación para entrega del resultado.</p> <p>Realización de consejería postest.</p>	<p>Profesional encargado de unidad de toma de muestras.</p> <p>Profesional que realizó consejería pretest (ópticamente) del establecimiento de atención primaria.</p>	<p>Fecha de recepción y resultado del examen.</p> <p>Datos de identificación del lugar de entrega y responsable de la consejería postest.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).</p>
Entrega/ comunicación de resultado positivo (+) al usuario con consejería postest.	<p>Realización de consejería postest.</p> <p>Entrega del documento de confirmación del ISP.</p> <p>Firma de la recepción del resultado por parte del usuario.</p> <p>Derivación ingreso a control en centro de VIH/SIDA definido por el Servicio de Salud.</p> <p>Derivación ingreso a control en centro de VIH/SIDA definido por el Servicio de Salud.</p>	<p>Profesional que realizó la consejería pretest (ópticamente).</p> <p>Fecha de entrega de documento de confirmación del ISP.</p> <p>Lugar, fechay responsable de derivación para ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud.</p>	<p>Fecha de recepción y resultado del examen.</p> <p>Datos de identificación del lugar de entrega y responsable de la consejería postest.</p> <p>Fecha de entrega de documento de confirmación del ISP.</p> <p>Fechas, responsables y resultado de las acciones para citar al paciente, si no se presenta a citación.</p> <p>Lugar, fechay responsable de derivación para ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud.</p> <p>Firma y fecha de recepción del resultado por parte del usuario.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).</p> <p>Copia de documento de confirmación del ISP.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.	<p>Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.</p> <p>Confirmar que el documento del ISP se encuentra en la ficha, así como el registro del profesional responsable de la derivación.</p>	<p>Profesional del centro de atención de VIH/SIDA, o personal designado.</p>	<p>Registro de ingreso y apertura de ficha clínica.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).</p>
	<p>Evaluación por profesional especializado y etapificación de la infección</p>	<p>Médico tratante de VIH/ SIDA</p>	<p>Evaluación médica. Indicaciones.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).</p>

f. Puerta de entrada: centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Oferta/indicación de examen para la detección del VH. Realización de consejería pretest Firma de documento de consentimiento informado.	Los pacientes adscritos a programas TBC, de acuerdo a lo indicado en: Manual de organización y normas técnicas, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud, 2005, aprobada por Resolución Exenta N°444 del 4 de agosto de 2005, Ministerio de Salud. Los pacientes en control o consultantes de especialidades a los que indique el médico de la misma, de acuerdo a criterios clínicos. Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto 182 de 2005.	Profesionales de servicios clínicos capacitados en consejería. Médico que solicita el examen y profesionales capacitados en consejería. Profesional de UNACESS que solicita el examen que ha sido capacitado en consejería.	Datos de identificación del establecimiento /indicación de examen. Datos de identificación del profesional que solicita el examen. Datos de identificación del profesional que realiza la consejería. Fecha de realización de la consejería. Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, dirección, comuna de residencia, dirección, teléfono. Datos solicitados en formato consentimiento informado. Datos solicitados en orden de examen. Registros en formato papel y electrónico.	Ficha de establecimientos (ficha clínica u otro). Formato documento de consentimiento informado con copia al usuario. Orden de examen.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Citación para entrega de resultados al paciente/usuario.	<p>Se indicará al usuario el día, hora y lugar de entrega de resultado del examen/consejería postes. Esta fecha no debe exceder los 30 días hábiles posteriores a la fecha de la toma del examen, y será registrada en el formato documento de consentimiento informado y se le entregará una copia al paciente.</p> <p>Asimismo, se informará que ante la inasistencia a la citación se procederá de acuerdo a lo indicado en este Manual.</p>	<p>Profesional responsable que solicita el examen, de acuerdo a los puntos anteriores.</p>	<p>Fecha, hora y lugar de citación. Responsable de la citación.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de establecimientos (ficha clínica u otro).</p> <p>Carné de control.</p>
Toma de muestra de sangre/recolección de sangre.	<p>Resolución Exenta N°328 de 1986, del Ministerio de salud, establece Normas mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.</p> <p>Instrucciones para elaborar clave identificatoria. Ordinario 22B/Nº4220 de octubre de 2008, codificación del examen VIH.</p>	<p>Profesional responsable de unidad de toma de muestras, o responsable designado.</p>	<p>Datos de identificación del establecimiento y fecha de toma de muestra de sangre.</p> <p>Datos de identificación del funcionario que realiza la toma de muestra.</p> <p>Datos de identificación del paciente/usuario: RUN, nombres, apellidos, N/ficha.</p> <p>Código identificadorio de acuerdo al punto siguiente:</p>	<p>Libro foliado de la unidad de toma de muestras con registro de exámenes tomados Para envío a laboratorio.</p> <p>Identificación de la muestra</p> <p>Registros en formato papel y electrónico de la unidad de toma de muestras.</p> <p>Planilla de registro de exámenes de detección de VIH tomados y enviados al laboratorio con copia, para ser entregado en laboratorio.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Información a registrar	Instrumentos de registro
Responsable			
Procesamiento de la muestra de sangre en laboratorio.	<p>Recepción de la muestra.</p> <p>En esta instancia se realiza el test de detección de VH1, aplicando el Reglamento para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto N°182 de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Resolución Exenta N° 328 del 19 de marzo de 1986, establece Normas mínimas de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.</p>	<p>Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Fecha de ingreso y responsable de la recepción de la muestra para análisis.</p> <p>Datos de identificación del establecimiento de origen de la muestra.</p> <p>Datos de identificación del paciente/usuario y código de identificación de la muestra.</p>
Acciones referidas al resultado del examen cuando es no reactivo .	<p>Siel primer análisis (tamizaje) es no reactivo, el resultado se envia al establecimiento de origen, para ser entregado en dicha instancia como resultado final al usuario con consecuencia postest.</p> <p>Jefe de laboratorio, o responsable</p>	<p>designado.</p> <p>Fecha y responsable de</p>	<p>análisis y envío de resultados al lugar de origen de la muestra.</p> <p>Resultado del tamizaje.</p> <p>Registro con resultados de análisis para envío a lugar de origen.</p> <p>Identificación codificada del usuario.</p>
Acciones referidas al resultado del examen cuando es reactivo local .	<p>Se procede de acuerdo al Reglamento para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto N°182 de 2005 del Ministerio de Salud ; Norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006.</p> <p>Norma técnica para el transporte de substancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2000.</p>	<p>Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p>	<p>Formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Resultados de tamizaje.</p> <p>Llenado de formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Fecha y responsable de envío de muestra y formulario al ISP.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Confirmación diagnóstica por el ISP.</p> <p>Envío de informe con resultado desde el ISP al laboratorio.</p>	<p>Recepción de la muestra.</p> <p>Procesamiento de la muestra de acuerdo a Normativa técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006.</p>	<p>Jefe de laboratorio de virología del ISP.</p>	<p>Fecha de recepción de la muestra.</p> <p>Resultado de análisis.</p> <p>Fecha y responsable de envío del informe con resultado y solicitud de nueva muestra al lugar de origen, si esto último fuese necesario.</p>	<p>Registros en formato papel y sistema electrónico del ISP.</p> <p>Recepción de resultado de confirmación del ISP en laboratorio.</p>
	<p>Si la confirmación del ISP es negativo (-) se envía resultado al establecimiento de origen: centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad, unidad de atención y control de salud sexual (UNACESS).</p>	<p>Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p>	<p>Fecha y responsable de recepción de resultados desde el ISP.</p> <p>Fecha y responsable de envío de resultados negativo (-) al establecimiento que tomó la muestra.</p> <p>Resultados análisis del ISP.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Registro con resultado de análisis para envío a lugar de origen de muestra.</p> <p>Sí el resultado es positivo</p>
	<p>Si el resultado es indeterminado o no concluyente, se solicita nueva muestra al lugar de origen: centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad, unidad de atención y control de salud sexual (UNACESS),</p>	<p>Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p>	<p>Fecha y responsable que solicita al establecimiento de origen toma de nueva muestra: centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad, unidad de atención y control de salud sexual (UNACESS),</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.</p> <p>Registro con resultado de análisis para envío a lugar de origen de muestra.</p> <p>Sí el resultado es positivo</p>
	<p>(+), se solicita al lugar de origen toma de nueva muestra para la realización de prueba de identidad (PI).</p> <p>La solicitud formal debe ser realizada al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento que tomó la muestra.</p>	<p>Fecha y responsable que</p>	<p>coordinada/solicita al lugar de origen toma de nueva muestra para realizar la PI.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.</p> <p>Registro con solicitud a lugar de origen.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Solicitud de realización de la PI	El coordinador de procesos asistenciales es responsable de realizar las gestiones para activar los mecanismos definidos y formalizados en el establecimiento para la citación del paciente a la PI.	Profesional coordinador de procesos asistenciales del establecimiento que tomó la muestra.	Fecha y responsable de citación. Mecanismo de citación, fecha y lugar de citación.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otro).
Toma de muestra o recepción de la misma (de acuerdo a los procedimientos establecidos a nivel local) en laboratorio.	Profesional responsable de la unidad toma de muestras o responsable designado.	Fecha y responsable de toma de muestra, de envío y/o recepción de las mismas en laboratorio.	Registros en formato papel y electrónico establecimiento, y unidad de toma de muestras.	
Procesamiento de PI	Procesar muestra para PI (test tamizaje local para VIH) en laboratorio.	Tecnólogo médico, o responsable designado.	Fecha y resultado del tamizaje.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.
	Sí la PI es negativa (-) , se deben revisar los procesos, contactar al laboratorio de virología del ISP. Coordinar con lugar de origen para iniciar todo el proceso nuevamente, realizar auditoría.	Jefe de laboratorio o responsable designado.	Fecha, responsable de resultado del tamizaje, de la revisión de procesos y de comunicación con el ISP. Fecha, responsable y resultado de las gestiones con el ISP y de auditoría.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio y del ISP. Informe al establecimiento que tomó la muestra.
	Sí la PI es positiva (+) , se debe enviar resultado al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento de origen. Se acompaña con informe original del ISP.	Jefe de laboratorio.	Fecha, responsable y resultado de la PI. Fecha, responsable de envío de resultado a establecimiento de origen.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio. Registro con resultados de análisis para envío a lugar de origen.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Entrega/ comunicación de resultado negativo (-) al usuario con consejería postest.	<p>Revisión, verificación de fecha de citación para entrega de resultado o citación para entrega de resultado.</p> <p>Realización de consejería postest.</p>	<p>Profesional que realizó consejería pretest (óptimamente) de centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad (UNACESS).</p>	<p>Fecha de recepción y resultado de exámenes.</p> <p>Datos de identificación del lugar de entrega y responsable de la consejería postest.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).</p>
Entrega/ comunicación de resultado positivo (+) al usuario con consejería postest.	<p>Realización de consejería postest.</p> <p>Entrega de documento de confirmación del ISP.</p> <p>Derivación para ingreso a control en centro de VIH/ SIDA del Servicio de Salud.</p> <p>Revisión, verificación</p>	<p>de fecha de citación para entrega de resultado o citación para entrega de resultado.</p> <p>Realización de consejería postest.</p> <p>Entrega de documento de confirmación del ISP.</p> <p>Firma de la recepción de resultados por parte del usuario.</p> <p>Derivación de ingreso a control en centro de VIH/ SIDA del Servicio de Salud.</p> <p>Profesional que realizó consejería</p>	<p>pretest (óptimamente) de centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de especialidad, (UNACESS).</p> <p>Fecha de recepción y resultado de examen.</p> <p>Lugar, fecha y responsable de derivación para ingreso al control en centro de VIH/ SIDA del Servicio de Salud.</p> <p>Firma y fecha de recepción del resultado por parte del paciente.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros)</p>	<p>Copia de documento de confirmación del ISP.</p> <p>Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.</p>
SIDA.	Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.	Profesional del centro de atención de VIH/SIDA, o personal designado.	Registro de ingreso y apertura de ficha clínica.	<p>lizado y etapificación de la infección.</p> <p>Médico tratante de VIH/</p>
	Ficha clínica.		Evaluación médica.	Indicaciones.

g. Puerta de entrada, hospitalización.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Oferta/indicación de examen para la detección del VIH.</p> <p>Realización de consejería pretest.</p> <p>Firma de documento de consentimiento informado.</p> <p>Verificación en ficha clínica de datos del paciente.</p> <p>Médico o profesionales del servicio clínico en el cual se encuentra el paciente hospitalizado.</p>	<p>Si el médico que atiende al paciente estima pertinente contar con el examen de detección del VIH/SIDA para el proceso de diagnóstico, éste se debe realizar con consejería pretest en el servicio clínico en el cual está hospitalizado, por profesionales de dicha unidad y de acuerdo al Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N°182 de 2005, del Ministerio de Salud.</p>	<p>nico en el cual se encuentra hospitalizado el paciente, capacitados en consejería.</p> <p>Datos de identificación del servicio clínico y profesional.</p> <p>Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, dirección y teléfono.</p> <p>Datos solicitados en formato de consentimiento informado.</p> <p>Datos solicitados en orden de examen.</p>	<p>nal que indica el examen.</p> <p>Datos de identificación del profesional que realiza la consejería.</p> <p>Fecha de realización de la consejería.</p> <p>Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, dirección y teléfono.</p> <p>Datos solicitados en formato de consentimiento informado.</p> <p>Formato de documento de consentimiento informado.</p> <p>Orden de examen.</p>	<p>Libro foliado con datos completos del paciente y código para facilidad de ubicación del paciente (libro de acceso restringido a profesional coordinador del servicio clínico que tomó la muestra).</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Entrega de resultado al paciente.	<p>Entrega de resultado de examen:</p> <p>Si el paciente sigue hospitalizado, la entrega del resultado se realizará con consejería postest por un profesional del mismo servicio clínico en el cual se solicitó el examen.</p> <p>Si el paciente es dado de alta, se le informará que lo contactarán desde la subdirección médica del establecimiento indicando el lugar, día y hora en el cual se le entregará el resultado del examen. También se le debe entregar un nombre y teléfono al cual pueda consultar (idealmiente el del coordinador de procesos asistenciales del establecimiento). Esta información será registrada tanto en la ficha clínica como en el documento consentimiento informado y se le entregará copia al paciente.</p>	<p>nico en el cual se encuentra hospitalizado el paciente, capacitados en consejería Profesional del servicio clínico en el cual se tomó el examen.</p> <p>Fecha y responsable de entrega de información y</p>	<p>consentimiento informado</p> <p>Nombre del profesional y teléfono del establecimiento al cual consultar.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del servicio clínico (ficha clínica u otro).</p>	<p>Consentimiento informado.</p> <p>Toma de muestra de sangre/recolección de sangre.</p> <p>Resolución Exenta N° 328 de 1986 del Ministerio de Salud, establece Normas</p>
Médico o profesionales del servicio clínico de bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgos de	infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorios clínicos.	Profesional responsable o responsable designado	Datos de identificación del servicio clínico, y fecha de toma de muestra de sangre	Datos de identificación del funcionario que realiza la toma de muestra.
		Datos de identificación del profesional que solicitó el examen, establecimiento,	Registros en formato papel y electrónico de establecimientos (ficha clínica u otro).	Libro foliado de registro de los

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
<p>Identificación/codificación de la muestra de sangre/ rotulación de envase.</p> <p>Envío de muestra a laboratorio para procesamiento.</p>	<p>Se realizará al momento de la toma de muestra de sangre, de acuerdo a lo indicado. Ordinario 22B/Nº4220 de octubre de 2008, codificación del examen VIH.</p> <p>Se deben confirmar los datos del paciente con RUN a la vista.</p>	<p>Se realizará al momento de la toma de muestra de sangre, de acuerdo a lo indicado. Ordinario 22B/Nº4220 de octubre de 2008, codificación del examen VIH.</p> <p>Se deben confirmar los datos del paciente con RUN a la vista.</p>	<p>Fecha, establecimiento, servicio clínico, y clave identificatoria del paciente.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico.</p> <p>Datos de identificación del servicio clínico, establecimiento, fecha de toma de muestra y código del paciente.</p> <p>Procesamiento de la muestra de sangre en</p>	<p>nico del servicio clínico.</p> <p>Libro foliado de registro de los exámenes tomados en este servicio y enviados a laboratorio.</p>
		<p>laboratorio.</p> <p>Recepción de la muestra.</p> <p>En esta instancia se realiza el test de detección de VIH , aplicando reglamento para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.</p> <p>Decreto N°182 de 2005, del Ministerio de Salud.</p>	<p>Fecha de ingreso y responsable de la recepción de la muestra para análisis.</p>	<p>Datos de identificación del establecimiento, servicio clínico de origen de la muestra.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Datos de identificación del paciente/ usuario y código de identificación de la muestra.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Acciones referidas al resultado del examen cuando es no reactivo .	<p>Si el primer análisis (tamizaje) de un paciente hospitalizado es no reactivo, el laboratorio envía el resultado al servicio clínico donde se encuentra hospitalizado, para ser entregado en dicha instancia como resultado final al paciente con consejería postest.</p> <p>Si el paciente fue dado de alta, el jefe de laboratorio enviará el resultado, e informará oficialmente al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.</p>	<p>Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p> <p>Profesional de servicio clínico capacitado en consejería.</p> <p>Jefe de laboratorio.</p>	<p>Fecha y responsable del análisis.</p> <p>Resultado de tamizaje.</p> <p>Fecha y responsable del envío de resultados al servicio clínico de origen o al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento si el paciente fue dado de alta.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Registro con resultados de análisis para envío a lugar correspondiente.</p> <p>Registro formato papel y electrónico del servicio clínico.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Instrumentos de registro y documentación
Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Instrumentos de registro y documentación
Acciones referidas al resultado del examen cuando es reactivo local.	<p>Se procede de acuerdo al reglamento para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto N°182 de 2005 del Ministerio de Salud ; Norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006.</p> <p>Norma técnica para el transporte de substancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2008.</p>	<p>Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p>	<p>Formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.</p> <p>Fecha y responsable del análisis de la muestra.</p> <p>Resultados de tamizaje.</p> <p>Llenado del formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Fecha y responsable del envío de la muestra formulario de envío al ISP.</p>
Confirmación diagnóstica por el ISP, 2006.	<p>Recepción de muestra</p> <p>Procesamiento de la muestra de acuerdo a norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP.</p> <p>Envío de informe con resultados desde ISP a laboratorio de origen.</p>	<p>Jefe de laboratorio de virología del ISP.</p>	<p>Registros en formato papel y sistema electrónico del ISP.</p> <p>Fecha de recepción e identificación del establecimiento que lo derivó.</p> <p>Resultado de análisis.</p> <p>Fecha y responsable de envío de informe con resultados y solicitud de nueva muestra a laboratorio de origen, si esto último fuese necesario.</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Acciones referidas al resultado del examen cuando es reactivo local .	<p>Se procede de acuerdo al reglamento para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Decreto N°182 de 2005 del Ministerio de Salud ; Norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP, 2006.</p> <p>Norma técnica para el transporte de substancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP, 2008.</p>	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	<p>Fecha y responsable del análisis de la muestra.</p> <p>Resultados de tamizaje.</p> <p>Llenado del formulario de envío de muestras al ISP.</p> <p>Fecha y responsable del envío de la muestra y formulario de envío al ISP.</p>	Formulario de envío de muestras al ISP. Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.
Confirmación diagnóstica por el ISP.	<p>Recepción de la muestra</p> <p>Procesamiento de la muestra de acuerdo a norma técnica vigilancia de laboratorio, ISP.</p> <p>Envío de informe con resultados desde ISP a laboratorio de origen.</p>	Jefe de laboratorio de virología del ISP.	<p>Fecha de recepción e identificación del establecimiento que lo derivó.</p> <p>Resultado de análisis.</p> <p>Fecha y responsable de envío de informe con resultados y solicitud de nueva muestra a laboratorio de origen, si esto último fuese necesario.</p>	Registros en formato papel y sistema electrónico del ISP.
Recepción de resultados de confirmación del ISP en laboratorio.	<p>Si la confirmación del ISP es negativo (-) en un paciente hospitalizado, el responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al servicio clínico dónde se encuentra hospitalizado el paciente, para que éste entregue el resultado del examen/consejería postest al paciente.</p>	Jefe de laboratorio, o responsable designado. Profesional de servicio clínico capacitado en consejería.	<p>Fecha y responsable recepción de resultados desde el ISP.</p> <p>Resultado del ISP.</p> <p>Fecha y responsable de envío de resultados negativo (-) al servicio clínico de origen o al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.</p>	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio. Registro con resultados de análisis para envío al servicio clínico de origen o al coordinador de procesos asistenciales. Registros en formato papel y electrónico del servicio clínico y del establecimiento.
			<p>En un paciente dado de alta el responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento.</p>	Fecha y responsable de recepción de documentación de paciente y resultado del examen.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Instrumentos de registro información a registrar
Continuación cuadro página anterior	<p>Si el resultado de un paciente hospitalizado es positivo (+), se solicita al servicio clínico en el cual el paciente se encuentra tomar la muestra para realizar la PI.</p> <p>En un paciente dado de alta el responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario.</p> <p>El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario es responsable de informar y derivar la documentación al establecimiento de la red correspondiente a la residencia del paciente, así como informar las acciones realizadas al Servicio de Salud.</p>	<p>Jefe de laboratorio.</p> <p>Coordinador de procesos asistenciales. Establecimiento de origen de la muestra.</p> <p>En un paciente dado de alta el responsable del laboratorio deberá comunicarse y enviar la documentación al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario.</p> <p>El coordinador de procesos asistenciales del establecimiento hospitalario es responsable de informar y derivar la documentación al establecimiento de la red correspondiente a la residencia del paciente, así como informar las acciones realizadas al Servicio de Salud.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico de laboratorio.</p> <p>Registro con resultados de análisis para envío a servicio clínico de origen.</p> <p>Fecha y responsable que solicita toma de nueva muestra para la PI.</p> <p>Fecha y responsable de recepción de documentación del paciente al cual se solicita toma de muestra para PI.</p> <p>Fecha y responsable acciones de envío de documentación del paciente, al cual se le solicita toma muestra para la PI a establecimiento de la red correspondiente a la residencia del paciente.</p> <p>Fecha, responsable de recepción de documentación, mecanismo de citación del paciente para la realización de la PI.</p> <p>Fecha, día y hora de citación.</p>
Realización de la PI		<p>Paciente hospitalizado: toma de muestra, rotulación, registro y envío a laboratorio para análisis.</p> <p>Paciente dado de alta: toma de muestra o recepción de la misma (de acuerdo a los procedimientos establecidos a nivel local) en laboratorio.</p>	<p>Profesionales del servicio clínico en el cual se encuentra hospitalizado el paciente.</p> <p>Jefe de laboratorio, o responsable designado.</p>
			<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otro).</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Procesamiento prueba de identidad	Procesar muestra para PI (tesu tamizaje local para VIH) en laboratorio	Tecnólogo médico, o responsable designado	Fecha y responsable de recepción de la muestra Fecha, responsable y resultado del tamizaje.	Registros en formato papel y electrónico del laboratorio y del ISP. Informe al establecimiento que tomó la muestra.
	Sí la PI es negativa (-) , se deben revisar los procesos, contactar al laboratorio de virología del ISP, coordinar con el lugar de origen de toma de muestra para iniciar todo el proceso nuevamente, realizar auditoría.	Jefe de laboratorio, o responsable designado.	Fecha, responsable de resultado del tamizaje, de la revisión de procesos y de comunicación con el ISP. Fecha, responsable y resultado de las gestiones con el ISP y de auditoría.	Registros en formato papel y electrónico del laboratorio.
	Sí la PI es positiva (+) , se debe enviar resultado al coordinador de procesos asistenciales del establecimiento en el cual se tomó la muestra. Se acompaña con informe original del ISP.	Jefe de laboratorio.	Fecha, responsable y resultado de la Pl. Fecha, responsable de envío de resultado a establecimiento de origen.	Registros en formato papel y electrónico de laboratorio. Registro con resultados de análisis para envío a lugar de origen.
	Entrega/comunicación de resultado negativo (-) al usuario con consejería postest.	Profesional del servicio clínico en el cual se encuentra hospitalizado el paciente, capacitado en consejería.	Fecha de recepción y resultados de examen. Datos de identificación del lugar responsable de entrega resultado/consejería postest.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).
		Profesional del establecimiento de la red que entregó el resultado capacitado en consejería.	Firma de la recepción de resultado por parte del paciente.	Firma de la entrega de resultado por parte del paciente.

Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Entrega comunicación de resultado positivo (+) con consejería postest. Entrega de documento confirmación del ISP. Derivación ingreso a control a centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud.	Revisión y verificación de fecha de citación para entrega de resultado o citación para entregar resultado. Realización consejería postest. Entrega de documento de confirmación del ISP. Firma de recepción del resultado por parte del usuario. Derivación ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud.	Profesional capacitado en consejería	Fecha de recepción y resultado de exámenes. Datos de identificación del lugar de entrega y responsable de la consejería postest. Fechas, responsables y resultado de las acciones para citar al paciente. Lugar, fecha y responsable de derivación para ingreso a control en centro de VIH/SIDA del Servicio de Salud. Firma de la recepción del resultado por parte del paciente.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros).
	Ingreso al Programa de Atención a Personas que viven con VIH.	Profesional del centro de atención de VIH/SIDA o personal designado.	Registro de ingreso y apertura de ficha clínica.	Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otros) del establecimiento.
			Médico tratante de VIH/SIDA.	Evaluación médica. Indicaciones.

h. Puerta de entrada/Atenciones de urgencia

Lugar de ingreso del paciente al sistema	Procedimiento	Descripción del procedimiento: se indica documento técnico de referencia o metodología de realización.	Responsable	Información a registrar	Instrumentos de registro
Servicio de urgencia del hospital.	<ul style="list-style-type: none"> -Oferta /indicación de examen para la detección del VIH. -Realización consejería pretest. -Firma de documento de consentimiento informado. -Verificación en ficha clínica de datos del paciente. 	<p>Si el médico que atiende al paciente estima pertinente contar con el examen de detección del VIH para el proceso diagnóstico, éste se debe realizar con consejería pretest en el servicio de urgencia y por profesionales del mismo, de acuerdo al Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N°182 de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Debe ser firmado por el paciente. Un ejemplar queda en la ficha clínica y otro debe ser entregado al paciente.</p> <p>Si el paciente no está en condiciones de recibir la consejería se procede de acuerdo al lo indicado en el Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto 182 de 2005 y este manual.</p>	<p>Médico o profesionales del servicio de urgencia del hospital capacitados en consejería.</p>	<p>Datos de identificación del establecimiento de indicación de examen.</p> <p>Datos de identificación del profesional que solicita el examen.</p> <p>Datos de identificación del profesional que realiza la consejería.</p> <p>Fecha de realización de la consejería.</p> <p>Datos de identificación del paciente: RUN, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, dirección y teléfonos.</p> <p>Datos solicitados en consentimiento informado.</p> <p>Datos solicitados en orden de examen.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico del servicio de urgencia (ficha clínica u otro).</p> <p>Libro foliado con datos completos y código para facilidad de ubicación del paciente (libro de acceso restringido a profesional coordinador del servicio clínico que toma el examen).</p> <p>Formato de documento de consentimiento informado.</p> <p>Orden de examen.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> -Entrega de resultados al paciente. 			<p>Fecha, hora , lugar y responsable de citación.</p> <p>Mecanismo de citación y resultados.</p>	<p>Registros en formato papel y electrónico (ficha clínica u otro).</p>

i. Guión para citación telefónica

A. Contenidos de citación para entrega de resultados de examen de detección del VIH

Llamado telefónico. Contacto con la persona que se tomó el examen.

1. Saludo: buenos días, tardes
2. Presentación de quién llama e institución que representa: mi nombre es.....y soy funcionario del(nombre del establecimiento).
3. Explicitación del motivo de la llamada: le llamo a fin de que se acerque al.....(nombre del establecimiento) para la entrega del resultado del examen que se tomó el díaen.....le agradeceremos presentarse el día.....a las.....hrs. en.....
4. Información sobre contacto posible para justificar inasistencia (teléfono y/o correo electrónico): Si no pudiese asistir en la fecha de la citación le agradecemos llamar al fonopara indicarle una nueva fecha para la entrega de su examen.
5. Despedida: muchas gracias.

B. Contenidos para citación realización de prueba de identidad (PI)

Llamado telefónico. Contacto con la persona que se tomó el examen.

1. Saludo: buenos días, tardes
2. Presentación de quién llama e institución que representa: mi nombre es.....y soy funcionario del(nombre del establecimiento)
3. Explicitación motivo de llamada: le llamamos a fin de que se acerque al.....(nombre del establecimiento) para la toma de un examen de sangre. Mayor información se le entregará en el establecimiento.
4. Entrega de datos de citación para la toma del examen (fecha, hora y lugar).
Le agradeceremos presentarse el día.....a las.....hrs en.....
5. Información sobre contacto posible para justificar inasistencia (teléfono y/o correo electrónico). Si no pudiese asistir en la fecha de la citación le agradecemos llamar al fonopara indicarle una nueva fecha para la toma del examen.
6. Despedida: muchas gracias.

j. Texto de citación por carta certificada

A. Contenidos para citación entrega de resultados del examen de detección del VIH vía carta certificada

Estimado sr:

Con el fin de hacerle entrega del resultado del examen de sangre que se tomó el día..... en.....
(nombre del establecimiento de salud), le extendemos la presente citación para el día _____ a las
hrs en la oficina _____ (nombre del establecimiento y dirección) donde será
atendido por el señor _____.

En caso de tener dificultades para asistir a esta citación, le solicitamos comunicarlo directamente al
señor _____ al teléfono _____ o al correo electrónico _____,
para poder indicarle una nueva fecha para la entrega de su examen.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

FIRMA ESTABLECIMIENTO

B. Contenidos para citación realización prueba de identidad vía carta certificada.

Estimado sr:

Le extendemos la presente citación para el día _____ a las _____ hrs en la oficina
_____ donde será atendido por el señor _____ para la toma de un examen de sangre. Mayor información se le entregará en el establecimiento.

En caso de tener dificultades para asistir a esta citación, le solicitamos comunicarlo directamente al
señor _____ al teléfono _____ al correo electrónico _____, para poder indicarle una nueva fecha de toma del examen.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

FIRMA ESTABLECIMIENTO

k. Texto citación por visita domiciliaria

A. Contenidos para citación entrega de resultados de examen de detección del VIH

Visita domiciliaria. Entrevista con la persona que se tomó el examen.

1. Saludo: buenos días, tardes
2. Presentación de la persona que realiza actividad e institución que representa: mi nombre es....., y soy funcionario del..... (nombre del establecimiento).
3. Explicitación motivo de visita domiciliaria: le estoy realizando esta visita para que se acerque al..... (nombre del establecimiento) para la entrega del examen que usted se tomó el día.....en.....
4. Entrega de sobre con citación: En este sobre se encuentra la información de la fecha, hora y lugar al cual usted debe asistir.
5. Se entrega citación escrita y en sobre cerrado con datos para entrega de resultado (fecha, hora y lugar). Texto citación igual al de la carta certificada.
6. Firma de recepción de citación
7. Despedida: muchas gracias.

B. Contenidos para citacion realización de prueba de identidad visita domiciliaria. Entrevista con la persona que se tomó el examen.

1. Saludo: buenos días, tardes
2. Presentación de persona que realiza actividad e institución que representa.
Mi nombre es..... y soy funcionario del (nombre del establecimiento).....
3. Explicitación del motivo de la visita domiciliaria: le estoy realizando esta visita para que se acerque al..... (nombre del establecimiento) para tomarse un examen de sangre. Mayor información se le entregará en el establecimiento.
4. Entrega de sobre con citación: en este sobre se encuentra la información de la fecha, hora y lugar al cual usted debe asistir. Se entrega citación escrita y en sobre cerrado con datos para toma del examen de sangre (fecha, hora y lugar). Texto citación igual al de la carta certificada.
5. Firma de recepción de la citación
6. Despedida: muchas gracias.

I. Tabla de procesos: definiciones

Término	Definición
Procesos clave	Son aquellos procesos que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y son críticos para el éxito del área de interés.
Hito	Es un hecho clave y fundamental dentro de un proceso. Es un punto de control intermedio antes de que el proceso finalice. Asimismo, un hito tiene asociadas diferentes actividades necesarias para el cumplimiento del proceso.
Subprocesos	Son partes bien definidas en un proceso. Su identificación puede resultar útil para aislar los problemas que pueden presentarse y posibilitar diferentes tratamientos dentro de un mismo proceso.
Procedimiento	Forma específica de llevar a cabo una actividad. En muchos casos los procedimientos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad; qué debe hacerse y quién debe hacerlo; cuándo, dónde y cómo se debe llevar a cabo; qué materiales, equipos y documentos deben utilizarse; y cómo debe controlarse y registrarse.
Actividad	Es la suma de tareas, normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un subproceso o un proceso. Habitualmente se desarrolla en un departamento o función.
Indicador	Es un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad.
Gestión por procesos	Es la forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos. Entendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor agregado sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisface los requerimientos del cliente, este último puede ser interno o externo a la organización. La gestión por procesos aporta una visión y herramientas con la que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a la necesidad de los clientes. No hay que olvidar que los procesos los realizan las personas y los productos los reciben personas. El ámbito de la salud permite optimizar de forma significativa la utilización de los recursos y mejorar la calidad asistencial.

Está dirigida a aumentar la satisfacción de los clientes y a facilitar las tareas de los técnicos y profesionales.

Interfaz

Este término proviene del ámbito informático, no obstante se ha ido introduciendo y adaptando al área de la gestión por procesos. Una interfaz define el límite de comunicación entre 2 elementos (entre hitos, actividades, subprocesos, etc.) Es un conjunto de métodos para lograr la interactividad entre los elementos en cuestión. Es la zona de comunicación entre un usuario y otro.

Control de procesos

Son todas aquellas actividades que se realizan en pos de tener un proceso bajo control. Por ejemplo, verificación de que los procedimientos se utilizan en función de lo establecido por la institución, o que se cumplan las normativas emanadas de un organismo técnico regulador, etc. También se refiere a la realización de actividades tendientes a verificar que las metas fijadas por la organización y el logro de los objetivos trazados se cumplan. Monitorear indicadores que permitan alertar sobre situaciones críticas que impidan el curso establecido del proceso.

Input

Es la entrada al proceso que al ser transformada permite obtener los resultados definidos.

Output

Son los posibles resultados al final del proceso establecido.

m. Indicadores de desempeño

Dimensiones del desempeño

Las dimensiones o focos de la gestión de una institución que son factibles y relevantes de medir a través de un indicador son su eficacia, eficiencia, economía y calidad. A continuación se describen cada uno de estos conceptos:

■ Eficacia

Se refiere al grado de cumplimiento de los objetivos planteados, es decir, en qué medida el área o la organización como un todo está cumpliendo con sus objetivos, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello.

Es posible obtener medidas de eficacia, en tanto exista la claridad respecto de los objetivos de la institución. Así, Servicios que producen un conjunto definido de prestaciones orientadas a una población acotada, pueden generar medidas de eficacia tales como cobertura de los programas, focalización, etc.

■ Eficiencia

Describe la relación entre dos magnitudes: la producción física de un producto y los insumos o recursos que se utilizaron para alcanzar ese nivel de producto. En otros términos, se refiere a la ejecución de las acciones, beneficios o prestaciones del servicio, utilizando el mínimo de recursos posibles. Se pueden obtener mediciones de productividad física relacionando el nivel de actividad, expresado como número o cantidad de acciones, beneficios o prestaciones otorgadas, con el nivel de recursos utilizados (gasto en bienes y servicios, dotación de personal, etc.)

Otro tipo de indicadores de eficiencia es el que relaciona volúmenes de bienes y servicios o recursos involucrados en su producción, con los gastos administrativos incurridos por la organización.

■ Economía

Este concepto se relaciona con la capacidad de una organización para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros para el logro de su misión.

En el marco de la misión institucional, la administración de recursos exige siempre el máximo de disciplina y cuidado en el manejo de la caja, del presupuesto, de la preservación del patrimonio, y de la capacidad de generar ingresos.

Algunos indicadores de economía de una institución pueden ser su capacidad de autofinanciamiento, la capacidad de ejecutar su presupuesto o su nivel de recuperación de préstamos, entre otros.

■ Calidad

La calidad del servicio es una dimensión específica del concepto de eficacia que se refiere a la capacidad de la organización para responder en forma rápida y directa a las necesidades de sus clientes, usuarios o beneficiarios. Son elementos de la calidad factores tales como: oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega del servicio, comodidad y cortesía en la atención.

Ámbitos de control

Los indicadores de desempeño pueden utilizarse para obtener información de los diferentes ámbitos necesarios de controlar en la implementación de políticas, programas, etc.

■ Procesos

Se refieren a las actividades vinculadas con la ejecución o forma en que el trabajo es realizado para producir los productos, incluyen actividades o prácticas de trabajo tales como procedimientos clínicos y administrativos, procesos tecnológicos y de administración financiera. Los indicadores de proceso ayudan en la evaluación del desempeño en áreas donde los productos o resultados son difíciles de medir.

■ Productos

Se refieren a los bienes y/o servicios productivos entregados y corresponden a un primer resultado de la acción de un programa o acción pública o privada. En este marco, la calidad de los bienes y servicios entregados por el programa también se considera una medición a nivel de producto.

■ Resultados intermedios

Se refiere a los cambios en el comportamiento, estado, actitud o certificación de los beneficiarios o clientes, una vez que han recibido los bienes o servicios de un programa o acción pública o privada. Su importancia radica en que se espera que conduzcan a los resultados finales y, en consecuencia, constituyen una aproximación a estos.

■ Resultados finales o impacto

Son resultados a nivel del fin de los bienes o servicios entregados e implican un mejoramiento en las condiciones de la población objetivo atribuible exclusivamente a éstos. En algunas oportunidades es difícil realizar estas mediciones, principalmente, por la dificultad de aislar los efectos de otras variables externas y/o porque muchos de estos efectos son de largo plazo.

Tanto los resultados intermedios como finales deben medirse desde la perspectiva del usuario y no desde la perspectiva de la organización.

Diseño de indicadores

La presentación de los indicadores y sus metas anuales se efectúa identificando, para cada indicador, el producto estratégico o de gestión interna con el que se vincula, el nombre del indicador, la fórmula de cálculo, la dimensión del desempeño y el ámbito de control, valores efectivos en años recién pasados y los medios de verificación.

El nombre del indicador de desempeño debe describir la forma de medición del indicador y lo que mide, de manera que no sea necesario ver la fórmula para entender lo que se está midiendo.

La fórmula de cálculo del indicador es la expresión matemática que permite cuantificar el nivel o magnitud que alcanza el indicador en un cierto periodo –anual, semestral, etc– de acuerdo a los valores de las variables correspondientes (operandos). Es necesario precisar el dato que se va a colocar en el numerador o en el denominador, de manera que se eviten arbitrariedades al momento de poblar el indicador.

Se debe contar con los medios de verificación –las fuentes de información– que permiten corroborar la veracidad de los datos proporcionados. Estas fuentes pueden provenir de formularios o fichas, bases de datos o software y reportes o informes. Para cualquiera de las fuentes indicadas se debe tener claridad del nombre del medio de verificación y el centro de responsabilidad o unidad responsable.

Consideraciones metodológicas para el diseño de indicadores

En el marco de los requisitos definidos para la elaboración de indicadores de desempeño y con el objeto de optimizar dicho proceso y orientar las acciones necesarias para avanzar en las mediciones, la identificación y elaboración de indicadores debe considerar los aspectos y elementos que se señalan a continuación:

■ Temporalidad

La identificación de los indicadores de desempeño debe considerar el momento en que los diferentes resultados deberían ocurrir y, por tanto, comenzar a medirse. Este momento dependerá de la naturaleza de los objetivos (proceso/productos/resultados).

Lo anterior es particularmente importante en el caso de productos cuyos resultados son de mediano y largo plazo y, por tanto, si bien es posible identificar indicadores, éstos no podrán ser medidos en lo inmediato. No obstante, esta identificación es útil al desarrollar los procesos necesarios para disponer de la información para las mediciones, cuando sea técnicamente recomendable realizarlas.

Asimismo, las mediciones pueden tener diferentes frecuencias, es decir, su periodo de medición puede ser semestral, anual, bianual, etc.

■ Mecanismos de recolección de información

Se debe tener presente cuál debería ser la forma de obtención de información para efectuar las mediciones. En muchas oportunidades la información requerida para las mediciones constituye, razonablemente, debe formar parte de los procesos regulares de gestión de la institución y, por tanto, obtenerse a través de instrumentos que formen parte de sus actividades, ya sea a nivel censal o muestral, recogidos como estadísticas a través de encuestas, pautas de observación, etc. dependiendo del aspecto a medir.

Las fuentes de obtención de información son identificables, aunque no estén disponibles y, por tanto, deben ser diseñadas o rediseñadas con el objeto de obtener las mediciones. La periodicidad de las mediciones en estos casos puede tener una mayor frecuencia (anual, semestral, trimestral, etc.).

■ Desagregación por sexo

La incorporación del enfoque de género en los indicadores de desempeño, tiene por objetivo dar cuenta de situaciones de equidad entre hombres y mujeres, y/o identificar la evolución de brechas que informan sobre inequidades de género en el ámbito de acción del servicio. En términos prácticos, para establecer si corresponde desagregar por sexo un indicador de desempeño para incorporar enfoque de género, hay que tener en cuenta tres factores: pertinencia, factibilidad y relevancia.

La pertinencia de incorporar género está dada por la naturaleza del producto estratégico o subproducto en el que se enmarca el indicador. La factibilidad está dada por la posibilidad real de desagregar por sexo los datos. Por lo tanto, en segundo lugar es necesario verificar si es factible desagregar los indicadores por sexo. Sólo es posible desagregar las unidades de medición que corresponden a:

- Personas: hombres y mujeres
- Unidades relacionadas con personas. Por ejemplo: encuestas respondidas por hombres o mujeres, propiedad de bienes o de unidades productivas asociadas a personas.
- Grupos representados por una persona. Por ejemplo: jefatura de hogar, unidades productivas a cargo de mujeres/hombres, grupos compuestos por personas de un solo sexo.

La relevancia está dada por el hecho de que los datos desagregados informen sobre situaciones de equidad o de una situación de inequidad de género detectada por el servicio y factible de ser modificada por el mismo.

n. Confidencialidad y ficha clínica

Ficha o historia clínica: la ficha clínica es el documento más importante de un servicio hospitalario y de cualquier centro de salud público o privado, en el cual se registra la historia médica de una persona y de su proceso de atención médica. Es un documento reservado y secreto, de utilidad para el paciente, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia.

1.1. Ley N° 17.374/70 (INE) o Ley orgánica del Instituto Nacional de Estadísticas:

- Art.29º.- El Instituto Nacional de Estadísticas; organismos fiscales; semi-fiscales y empresas del Estado, y cada uno de sus respectivos funcionarios, no podrán divulgar los hechos que se refieren a personas o entidades determinadas, de que hayan tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades.

El estricto mantenimiento de estas reservas constituye el «secreto estadístico». Su infracción por cualquier persona sujeta a esta obligación, hará incurrir en el delito previsto y penado por el artículo 247 del Código Penal, debiendo en todo caso aplicarse pena corporal.

- Art.30º. «Los datos estadísticos no podrán ser publicados o difundidos con referencia expresa a las personas o entidades a quienes directa o indirectamente se refieran si mediase prohibición del o los afectados».

1.2. Artículos 246 y 247 del Código Penal establecen el castigo por la violación de secretos, con dos figuras penales diferentes y que son aplicables a la materia en estudio: la violación del secreto funcionario (figura que comprende dos hipótesis diferentes: la revelación de secretos públicos y la revelación de secretos privados) y la violación del secreto profesional.

Art. 246. «El empleado público que revelare los secretos de que tenga conocimiento por razón de su oficio o entregare indebidamente papeles o copia de papeles que tenga a su cargo y no deban ser publicados, incurrirá en las penas de suspensión del empleo en sus grados mínimo a medio o multa de seis a veinte unidades tributarias mensuales, o bien en ambas conjuntamente.

Si de la revelación o entrega resultare grave daño para la causa pública, las penas serán reclusión mayor en cualquiera de sus grados y multa de veintiuna a treinta unidades tributarias mensuales. Las penas señaladas en los incisos anteriores se aplicarán, según corresponda, al empleado público que indebidamente anticipare en cualquier forma el conocimiento de documentos, actos o papeles que tenga a su cargo y que deban ser publicados».

Art. 247. «El empleado público que, sabiendo por razón de su cargo los secretos de un particular, los descubriere con perjuicio de éste, incurrirá en las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales.

Las mismas penas se aplicarán a los que ejerciendo alguna de las profesiones que requieren título, revelen los secretos que por razón de ella se les hubieren confiado».

- 1.3. Decreto N° 161, de 1982, del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas, en el artículo 22, dispone que toda la información bioestadística o clínica que afecte a personas internadas o atendidas en tales establecimientos, tendrá carácter reservado y estará sujeta a las disposiciones relativas al secreto profesional y agrega, que sólo el director técnico del establecimiento podrá proporcionar o autorizar la entrega de dicha información a los tribunales de justicia y demás instituciones legalmente autorizadas para requerirla.
 - 1.4. Manual del SOME, indicado en el capítulo IV, separata estadística, punto 10.- Confidencialidad de la Historia Clínica. Este Manual hace notar que el uso legal de dicha información se restringe exclusivamente a la entrega a solicitud de los tribunales de justicia y entidades facultadas para ello.
- 1.4. Ley 19.628, sobre Protección de la vida privada

La Ley 19.628 define en su artículo 2º los siguientes conceptos:

- «e) Dato estadístico, el dato que, en su origen, o como consecuencia de su tratamiento, no puede ser asociado a un titular identificado o identifiable.
- f) Datos de carácter personal o datos personales, los relativos a cualquier información concerniente a personas naturales, identificadas o identificables.
- g) Datos sensibles, aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como los hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual.

Luego, en su artículo 7º establece: «Las personas que trabajan en el tratamiento de datos personales, tanto en organismos públicos como privados, están obligadas a guardar secreto sobre los mismos, cuando provengan o hayan sido recolectados de fuentes no accesibles al público, como asimismo sobre los demás datos y antecedentes relacionados con el banco de datos, obligación que no cesa por haber terminado sus actividades en ese campo.»

Y continúa:

Artículo 10.- No pueden ser objeto de tratamiento los datos sensibles, salvo cuando la ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean datos necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares.

Artículo 11.- El responsable de los registros o bases donde se almacenen datos personales con posterioridad a su recolección deberá cuidar de ellos con la debida diligencia, haciéndose responsable de los daños.

Artículo 23.- La persona natural o jurídica privada o el organismo público responsable del banco de datos personales deberá indemnizar el daño patrimonial y moral que causare por el tratamiento indebido de los datos, sin perjuicio de proceder a eliminar, modificar o bloquear los datos de acuerdo a lo requerido por el titular o, en su caso, lo ordenado por el tribunal.

La acción consiguiente podrá interponerse conjuntamente con la reclamación destinada a establecer la infracción, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 173 del Código de Procedimiento Civil. En todo caso, las infracciones no contempladas en los artículos 16 y 19, incluida la indemnización de los perjuicios, se sujetarán al procedimiento sumario. El juez tomará todas las providencias que estime convenientes para hacer efectiva la protección de los derechos que esta ley establece. La prueba se apreciará en conciencia por el juez.

El monto de la indemnización será establecido prudencialmente por el juez, considerando las circunstancias del caso y la gravedad de los hechos.

Y finalmente, en su artículo 24 establece:

«Agrégase los siguientes incisos segundo y tercero, nuevos, al artículo 127 del Código Sanitario:

Las recetas médicas y análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud son reservados. Sólo podrá revelarse su contenido o darse copia de ellos con el consentimiento expreso del paciente, otorgado por escrito. Quien divulgare su contenido indebidamente, o infringiere las disposiciones del inciso siguiente, será castigado en la forma y con las sanciones establecidas en el Libro Décimo.

Lo dispuesto en este artículo no obsta para que las farmacias puedan dar a conocer, para fines estadísticos, las ventas de productos farmacéuticos de cualquier naturaleza, incluyendo la denominación y cantidad de ellos. En ningún caso la información que proporcionen las farmacias consignará el nombre de los pacientes destinatarios de las recetas, ni el de los médicos que las expedieron, ni datos que sirvan para identificarlos.».

- o. Ley 19.779, publicada en el Diario Oficial el 14 de diciembre de 2001 que establece normas relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURÍDICA
mm.

**ESTABLECE NORMAS RELATIVAS AL VIRUS DE
INMUNO DEFICIENCIA HUMANA Y CREA BONIFICACION
FISCAL
PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS**

LEY Nº 19.779

Publicada en el Diario Oficial de 14.12.01

MODIFICACIONES:

- Ley N° 20.077, publicada en el Diario Oficial de 24.11.05

ACTUALIZADA A NOVIEMBRE DE 2005

**REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURÍDICA
Mmh.**

ESTABLECE NORMAS RELATIVAS AL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA Y CREA BONIFICACION FISCAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

LEY N° 19.779

**Publicada en el Diario Oficial de
14 de diciembre de 2001**

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. La prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional.

Corresponde al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población.

Artículo 2. El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia.

Estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional, con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población, y en especial para aquellos de mayor vulnerabilidad, como las mujeres y los menores.

En todo caso, será aplicable, en lo pertinente, la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

CAPITULO II

De la prevención, diagnóstico, investigación y atención de salud

Artículo 3. El Estado arbitrará las acciones que sean necesarias para informar a la población acerca del virus de inmunodeficiencia humana, sus vías de transmisión, sus consecuencias, las medidas más eficaces para su prevención y tratamiento y los programas públicos existentes para dichos fines, poniendo especial énfasis en las campañas de prevención.

Tales acciones se orientarán además a difundir y promover los derechos y responsabilidades de las personas portadoras y enfermas.

Artículo 4. El Estado promoverá la investigación científica acerca del virus de inmunodeficiencia humana, la que servirá de base para la ejecución de acciones públicas y privadas en la materia, y sobre las vías de transmisión de la infección, características, evolución y efectos en el país. Impulsará asimismo las medidas dirigidas a su prevención, tratamiento y cura.

Del mismo modo fomentará la creación de centros públicos o privados orientados a la prevención e investigación de la enfermedad.

Artículo 5. El examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal. El examen de detección se realizará previa información a éstos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces.

Sin perjuicio de ello, respecto de quienes se hallaren privados de libertad, y del personal regido por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional; por el decreto con fuerza de ley N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto supremo N° 412, de 1992, del Ministerio de Defensa Nacional y por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 1980, del Ministerio de Defensa Nacional, se estará a lo que dispongan los respectivos reglamentos. El examen deberá practicarse siempre en los casos de transfusiones sanguíneas, elaboraciones de plasma, trasplantes y cualesquiera otras actividades médicas que pudieren ocasionar contagio.

Sus resultados se entregarán en forma personal y reservada, a través de personal debidamente capacitado para ello, sin perjuicio de la información confidencial a la autoridad sanitaria respecto de los casos en que se detecte el virus, con el objeto de mantener un adecuado control estadístico y epidemiológico.

Serán aplicables en esta materia las disposiciones de la Ley 19.628 sobre protección de datos personales.

El reglamento establecerá las condiciones bajo las cuales se realizará el examen, la entrega de sus resultados, las personas y situaciones que ameriten la pesquisa obligatoria y la forma en que se entregará la información de los casos de contagio a la autoridad sanitaria.

Artículo 6. El Estado deberá velar por la atención de las personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana, en el marco de las políticas públicas definidas en los artículos 1º y 2º de esta ley.

En todo caso, deberán proporcionarse las prestaciones de salud que requieran los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo con lo previsto en dicho cuerpo legal.

CAPITULO III **De la no discriminación**

Artículo 7. No podrá condicionarse la contratación de trabajadores, tanto en el sector público como privado, ni la permanencia o renovación de sus empleos, ni su promoción, a los resultados del examen destinado a detectar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana, como tampoco exigir para dichos fines la realización del mencionado examen.

Sin perjuicio de ello, respecto del personal regido por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional, por el decreto con fuerza de ley N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto supremo N° 412, de 1992, del Ministerio de Defensa Nacional y por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 1980, del Ministerio de Defensa Nacional, se estará a lo que dispongan los reglamentos respectivos para el ingreso a las instituciones. Sin embargo, la permanencia en el servicio, la renovación de los empleos y la promoción, no podrán ser condicionadas a los resultados del examen.

De igual manera, no podrá condicionarse el ingreso a un establecimiento educacional, ni la permanencia o promoción de sus alumnos, a la circunstancia de encontrarse afectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Tampoco podrá exigirse la realización o presentación del referido examen para tales efectos.

Asimismo, ningún establecimiento de salud, público o privado, cuando sea requerida su intervención de acuerdo con la ley, podrá negar el ingreso o atención a personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana o condicionar lo anterior a la realización o presentación de resultados del referido examen.

CAPITULO IV

Sanciones y procedimientos

Artículo 8. La infracción a lo dispuesto en el artículo 5º será sancionada con multa a beneficio fiscal de 3 a 10 unidades tributarias mensuales, sin perjuicio de la obligación de responder de los daños patrimoniales y morales causados al afectado, los que serán apreciados prudencialmente por el juez.

Si la infracción fuese cometida por dos o más personas, podrá condenárselas a responder solidariamente de la multa y la indemnización.

Artículo 9. La infracción a lo dispuesto en el artículo 7º será sancionada con multa a beneficio fiscal de 10 a 50 unidades tributarias mensuales, sin perjuicio de la responsabilidad por los daños causados.

Artículo 10. En caso de reincidencia en las infracciones señaladas, los montos mínimos y máximos de las multas establecidas en los artículos precedentes se duplicarán.

Artículo 11. Tratándose de los funcionarios de la Administración del Estado, las sanciones establecidas en los artículos anteriores se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad administrativa que pudiere corresponderles, conforme con el estatuto que los rija.

Artículo 12. Será competente para conocer de las infracciones sancionadas en este Capítulo el juzgado de policía local correspondiente al domicilio del afectado, sin perjuicio de la competencia que corresponda a los juzgados del trabajo y al tribunal aduanero o criminal respectivo, en su caso.

Artículos transitorios

Artículo 1º transitorio. A contar de la fecha de publicación del reglamento a que se refiere el inciso cuarto y hasta el 31 de diciembre del año 2006¹, las personas que reúnan los requisitos que más adelante se señalan podrán solicitar una bonificación fiscal. Dicha bonificación será equivalente hasta el monto de los derechos e impuestos que se hubieran pagado por la importación de los medicamentos de alto costo utilizados en el tratamiento específico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) determinados mediante decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda.

Podrán impetrar el beneficio establecido en este artículo, las personas que reúnan los siguientes requisitos:

- a) que padeczan de VIH - SIDA y para cuyo tratamiento los medicamentos determinados sean indispensables y ajustados en las dosis.

¹ Guarismo modificado, como aparece en el texto, por el Art. 1º, N° 1) de la ley N° 20.077

Lo anterior se acreditará mediante certificado emitido por un médico especialista, sin perjuicio de los informes y verificaciones adicionales que se dispongan en el reglamento;

- b) que acrediten insolvencia económica en relación con el costo del tratamiento;
- c) que no tengan acceso a los referidos medicamentos a través de los planes de salud públicos o del régimen de salud al que se encuentren afiliadas, y
- d) que efectúen la importación a través de instituciones sin fines de lucro que se acrediten y registren ante el Ministerio de Salud y sus organismos competentes, quienes las representarán con las más amplias facultades conforme a lo que establezca el reglamento. La importación podrá ser considerada de despacho especial según lo determine el Servicio Nacional de Aduanas.

El beneficio podrá solicitarse respecto de los medicamentos determinados que se importen y sean prescritos a las personas beneficiarias a contar de la fecha de publicación del reglamento a que se refiere el inciso siguiente y su concesión sólo procederá hasta por el monto de recursos para su pago que se considere en el presupuesto correspondiente a la anualidad respectiva, debiendo darse prioridad a las personas de menores ingresos.

Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, que se dictará dentro de los sesenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley, fijará los requisitos de constitución, objeto, finalidad, especialidad y demás que se estimen necesarios, que deberán reunir las instituciones señaladas en la letra d) anterior para su acreditación y registro y establecerá el modo de impetrar el beneficio, la documentación exigible, los criterios de prioridad en su otorgamiento, los procedimientos de concesión, pago y fiscalización de su uso y toda otra norma necesaria para la cabal aplicación de este artículo.

Con todo, la acreditación y registro de las referidas instituciones serán dispuestos mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Los montos que perciban las personas por aplicación de este artículo no constituirán renta para ningún efecto legal y, en consecuencia, no serán tributables ni estarán sujetos a descuento alguno.

Las instituciones acreditadas y registradas para representar a los beneficiarios serán excluidas de su reconocimiento como tales, por el solo ministerio de la ley, cuando se compruebe que hubieren incurrido en contravención a este artículo y a la normativa legal y reglamentaria aplicable sobre la materia, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal, tributaria o aduanera de los representantes de dichas

entidades, del beneficiario de la bonificación y de las demás personas involucradas y de la obligación de restituir las sumas indebidamente percibidas.

Artículo 2º transitorio. Las personas que padeczan de las enfermedades catastróficas determinadas por reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, podrán impetrar en idénticas condiciones, el mismo beneficio señalado en el artículo 1º transitorio, para lo cual se aplicarán todas las disposiciones contempladas en dicho precepto.

Para los efectos señalados en el inciso anterior, se entenderá por enfermedades catastróficas aquellas con riesgo inminente de muerte y aquellas incurables y con dicho riesgo.

Artículo 3º transitorio. El beneficio que se establece en los artículos anteriores será de cargo fiscal y se financiará con los recursos que se contemplan al efecto en el programa 04 del presupuesto de la Subsecretaría de Salud. Durante el año 2001 se destinarán \$700.000 miles mediante transferencia del ítem 50-01-03-25-33.104 de la Partida Tesoro Público de la Ley de Presupuestos vigente.

El gasto que irrogue la aplicación de esta ley durante el año 2005 se financiará mediante reasignaciones en el presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública. Durante el año 2006, se destinarán al otorgamiento de bonificaciones \$800.000.000 con cargo al aporte fiscal que se incluirá en el presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública.²

Y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto promúlguese y llévese a efecto como Ley de la República.

Santiago, 4 de diciembre de 2001.-

RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República.- Michelle Bachelet Jeria, Ministra de Salud.- Nicolás Eyzaguirre Guzmán, Ministro de Hacienda.

² Inciso agregado, como aparece en el texto, por el Art. 1º, N° 2) de la ley N° 20.077

- p. Reglamento del examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURIDICA

**REGLAMENTO DEL EXAMEN PARA LA DETECCION DEL
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

DECRETO N° 182 DE 2005

Publicado en el Diario Oficial de 09.01.07

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURIDICA

**REGLAMENTO DEL EXAMEN PARA LA DETECCION DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Nº 182.-

Publicado en el Diario Oficial de 09.01.07

Santiago, 10 de agosto de 2005.-

Visto: Lo dispuesto en el artículo 5º, de la ley N° 19.779; en los artículos 4º y 6º del decreto ley N° 2.763 de 1979 y teniendo presente las facultades que me confiere el artículo 32 N° 8 de la Constitución Política de la República,

Decreto:

Apruébase el siguiente Reglamento del Examen para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana:

Artículo 1º.- Los exámenes para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, que se efectúen en el país, tanto en el sector público como en el privado, deberán ajustarse a las disposiciones del presente reglamento.

Sin embargo, quedan excluidos de esta normativa los que se refieran a las personas que se encuentren privadas de libertad recluidos en establecimientos penales, y los del personal regido por el DFL N° 1 de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional, por el DFL N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior y por el DFL N° 1 de 1980 del Ministerio de Defensa Nacional, todos los cuales se regirán por sus respectivos reglamentos.

Artículo 2º.- El examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre confidencial. Todo el personal de salud, tanto profesional como auxiliar que, a raíz del desarrollo de su trabajo, intervenga o tome conocimiento de la realización de un examen de este tipo deberá mantener la más estricta confidencialidad sobre la persona involucrada, los resultados del mismo y toda circunstancia relacionada con dicho procedimiento, conforme a las normas sobre secreto profesional, las de la ley N° 19.628, el Estatuto Administrativo y demás normas legales sobre la materia.

Asimismo, estarán sujetas a este deber de confidencialidad las personas que laboren para el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud que tengan conocimiento de información sobre exámenes de esta naturaleza en razón de la recolección de datos estadísticos sobre la materia y del estudio y elaboración de políticas, planes o programas para enfrentar la transmisión del virus.

Artículo 3º.- Los resultados de los exámenes destinados a detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana serán entregados en forma reservada solamente al interesado, por el laboratorio que lo llevó a cabo a través de personas debidamente preparadas para ello conforme a los contenidos establecidos por el Ministerio de Salud para esta capacitación. Excepcionalmente, si el afectado estuviere incapacitado para recibirla en forma no momentánea, será entregado a su representante legal, apoderado o familiar que lo acompañe, a falta de los anteriores.

Artículo 4º.- La confidencialidad de los resultados de los exámenes que se establece en este reglamento, no obstará a la notificación mediante código confidencial de aquellos que resulten positivos a la respectiva Secretaría Regional Ministerial de Salud y al Ministerio de Salud para efectos del control estadístico y epidemiológico de la enfermedad, diseño de políticas, planes y programas y determinación de derechos de personas, de conformidad con la normativa sobre notificación obligatoria de determinadas enfermedades transmisibles.

Artículo 5º.- El examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre voluntario. Nadie podrá ser obligado a practicarse uno contra su voluntad.

Sin embargo, el examen se efectuará siempre en los casos de donación de sangre o de órganos para trasplante, en la elaboración de plasma y en cualesquiera otras actividades médicas que puedan ocasionar contagio y sean consideradas de riesgo, de acuerdo a las normativas sanitarias vigentes. En todos estos casos se respetará igualmente la confidencialidad de los resultados del examen en la forma establecida en este reglamento.

Artículo 6º.- En forma previa a la toma de la muestra, debe dejarse constancia del consentimiento prestado para que se lleve a cabo el examen de detección de VIH, en un documento firmado por la persona a la que se le efectuará o de su representante legal. Dicho documento debe guardarse junto a la copia del resultado del examen con la ficha clínica del afectado.

Artículo 7º.- El médico-cirujano que indique a una persona un examen para detectar el VIH, y el responsable del laboratorio clínico en caso de solicitud espontánea, deben realizar, por medio de personal capacitado, consejería previa a la toma de muestra.

La consejería debe tratar sobre la petición del examen, el derecho de la persona a negarse a que se le efectúe, el virus de la inmunodeficiencia humana y su acción en el organismo, la implicancia de ser portador de este virus, sus formas de infección y medios de prevención.

Artículo 8º.- Toda muestra de adultos y niños mayores de dos años, que en el tamizaje-screening tenga resultado positivo para anticuerpos contra el VIH, deberá ser sometida a un nuevo examen en el mismo laboratorio, en duplicado, utilizando el mismo test de tamizaje.

En caso de obtenerse resultados positivos en al menos dos de los tres exámenes señalados en este artículo, deberá el laboratorio requerir al Instituto de Salud Pública de Chile un examen suplementario para confirmación de especificidad de los anticuerpos detectados, enviando la misma muestra.

Si dicho Instituto confirma el resultado positivo de la muestra enviada, el laboratorio que solicitó el examen deberá tomar una segunda muestra de sangre al paciente para certificación de la identidad, realizando solamente un nuevo test con el sistema de tamizaje usado originalmente.

Artículo 9º.- La entrega del examen, tanto si es positivo como negativo, se hará con consejería al interesado, en lo posible por la misma persona que efectuó la consejería previa al test. En ella, junto con darle a conocer el resultado del mismo, se le dará la información que le permita tomar decisiones informadas respecto de sus comportamientos futuros, tanto para permanecer sin infección como para integrarse y mantenerse en los sistemas de control y tratamiento si sus exámenes han resultado positivos para el VIH.

En caso de resultado positivo, dicha entrega sólo se verificará una vez que se hayan realizado todos los exámenes confirmatorios establecidos en el artículo anterior.

Artículo 10.- En los casos de violaciones y abusos sexuales, el profesional de la salud que atienda a la víctima le hará consejería sobre la posibilidad de haber adquirido la infección de VIH, la implicancia de ser portador de este virus, sus formas de transmisión y medios de prevención y se ofrecerá tratamiento post exposición.

Artículo 11.- En caso de exposición laboral a la transmisión de VIH de un trabajador de la salud, se realizará examen al paciente de quien proviene el riesgo, previo informe y consejería a éste de los hechos ocurridos, del alcance del examen y sobre el VIH.

En caso de que no sea posible efectuar dicha consejería en forma previa a la toma de muestra debido a que el paciente se encuentra impedido por cualquier causa para recibirla, ésta se efectuará con posterioridad a ella una vez que el

afectado se encuentre en situación de recibirla o, si esto no ocurre, la información se hará a su representante legal o tutor.

El resultado de este examen se empleará para adoptar las decisiones necesarias para la profilaxis del trabajador expuesto.

Artículo 12.- Las personas afectadas por enfermedades mentales deberán decidir por sí, si desean o no someterse al examen de que trata este reglamento, salvo situaciones particulares, transitorias o permanentes, de su enfermedad que involucren pérdida o disminución de su capacidad de consentimiento.

La circunstancia de encontrarse la persona en la situación de incapacidad de consentimiento, señalada en el inciso anterior, será evaluada y calificada por un médico-cirujano. En estos casos, la autorización será otorgada por el representante legal o tutor.

Anótese, tómese razón y publíquese.- RICARDO
LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República.- Pedro García Aspíllaga,
Ministro de Salud.

ANEXO COMPLEMENTARIO 4

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA

Documento elaborado por Área de Atención Integral

Comisión Nacional del SIDA

Subsecretaría de Salud Pública

Ministerio de Salud

Validado por:

Departamento de Modelos de Atención

División de Gestión de la Red Asistencial

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Ministerio de Salud

Servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud

Con consulta a

Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Personas

Viviendo con VIH, VIVO POSITIVO

Publicación efectuada en el marco del componente Atención Integral del proyecto “Aceleración y profundización de la respuesta nacional, intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile”, financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

Junio 2005

Publicación del Gobierno de Chile
Ministerio de Salud
Comisión Nacional del SIDA
Área de Atención Integral

Permitida la reproducción parcial de datos, citando la fuente.
Distribución gratuita, prohibida su venta.

Edición e Impresión: Alerce Talleres Gráficos S.A.
Tiraje: 1000 ejemplares - Junio de 2005
Impreso en Santiago de Chile

CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	5
I.- INTRODUCCIÓN	7
II.- OBJETIVOS	11
II.1.- Objetivos Generales	11
II.2.- Objetivos Específicos	11
III.- POBLACIÓN OBJETIVO	13
IV.- MODELO DE ATENCIÓN: DEFINICIÓN	15
V.- ORGANIZACIÓN, REDES ASISTENCIALES Y FUNCIONES	17
V.1.- Ministerio de Salud	19
V.2.- Instituto de Salud Pública (ISP)	21
V.3.- Atención ambulatoria de especialidades	21
V.4.- Hospitales y Servicios de Urgencia hospitalarios	22
V.5.- Atención primaria	23
V.6.- Autoridad Sanitaria Regional y Consejos Técnicos	24
V.7.- Usuarios/as	25
VI.- CENTROS DE ATENCIÓN VIH	27
VI.1.- Características físicas y equipamiento de los centros de atención VIH	28
VI.2.- Dotación de RR.HH. y capacitación en centros de atención	30
VI.3.- Organización y funciones en los centros de atención	35
VII.- ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA; EQUIPOS DE SALUD	45
VIII.- PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN VIH Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL	47
VIII.1.- Protocolo de TAR de la infección VIH crónica en adultos/as	47
VIII.2.- Protocolo de prevención de la transmisión vertical	50
VIII.3.- Protocolo de TAR de la infección VIH en niños/as	52
IX.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN, EVALUACIÓN E INDICADORES	53
IX.1.- Toma de decisiones	53
IX.2.- Control de calidad	54
IX.3.- Indicadores	56
X.- BIBLIOGRAFÍA	59
XI.- COMITÉ COLABORADOR	63

PRESENTACIÓN

Para el Ministerio de Salud y en particular para este Subsecretario es motivo de gran satisfacción poner a disposición de los establecimientos y equipos de salud este documento que establece los fundamentos sobre los que debe basarse la atención de las personas viviendo con VIH en el Sistema Público, actualizando y adecuando el Modelo de Atención a las exigencias de la Reforma del sector y a los principios de acceso, equidad y no discriminación

El Gobierno de Chile, mediante las leyes de Régimen de Garantías y de Autoridad Sanitaria entre otras, está realizando una profunda reforma al Sistema de Salud del país que determina una nueva forma de administrar los cuidados de salud, aumenta la eficiencia de los Servicios de la Salud, genera derechos en la salud exigibles por parte de los ciudadanos y garantiza su cumplimiento. La infección por VIH/SIDA constituye una de las prioridades del Gobierno que ha implementado el acceso universal a tratamientos antiretrovirales y a la prevención de la transmisión vertical y forma parte de los problemas de salud incluidos dentro de la ley que establece un Régimen de Garantías Explicitas en salud, GES. El desafío para el Sistema de Servicios de Salud que ello implica ha llevado a rediseñar el Modelo de Atención a Personas que Viven con VIH, como parte integral de la Reforma de Salud, y redefinir las funciones y organización de los distintos componentes del Sistema de Salud para la atención del VIH/SIDA, tanto en lo que respecta a la red Asistencial como a la Autoridad Sanitaria.

El Área de Atención Integral de la Comisión Nacional del Sida del Ministerio de Salud ha llevado a cabo esta actualización del Modelo de Atención Integral a Personas que Viven con VIH/SIDA, en el contexto de la Reforma de Salud y del Proyecto “Aceleración y profundización de la respuesta nacional, intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile” financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. En su elaboración se

consideró el diagnóstico de la situación actual de atención, realizado por la Comisión Nacional del SIDA con la colaboración de los equipos tratantes VIH/SIDA de todos los Servicios de Salud del país y de la Coordinadora Nacional de Agrupaciones de personas viviendo con VIH, VIVOPOSITIVO. Su elaboración es producto de la contribución efectuada por los distintos componentes del Comité Asesor del Área de Atención Integral que, en diferentes reuniones efectuadas por área de competencia, llegaron a una propuesta de modelo que se sometió a observaciones por parte de la Comisión Nacional del SIDA, la Comisión de la Reforma, la Dirección General de Redes Asistenciales, actual División de Gestión Asistencial del Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones de PVVIH, VIVOPOSITIVO.

En nombre del Gobierno, del Ministerio de Salud y de la Comisión Nacional del SIDA vaya nuestro reconocimiento a los colaboradores en la elaboración de este documento, como también nuestro estímulo a todos y a cada uno de los profesionales de la atención del VIH/SIDA en los Servicios de Salud del país a quienes pedimos renovar su entusiasmo y dedicación para posibilitar el éxito en su implementación.



Osvaldo Salgado Zepeda
Subsecretario Redes Asistenciales

I.- INTRODUCCIÓN

El Gobierno de Chile ha impulsado una profunda reforma al Sistema de Salud del país que implica una nueva forma de administrar los cuidados de salud, aumentar la eficiencia de los Servicios de Salud, generar derechos en salud exigibles por parte los ciudadanos y garantizar su cumplimiento. Esta Reforma Sanitaria se basa en la promulgación de varias leyes, entre ellas la de Régimen de Garantías¹ y de Autoridad Sanitaria², que en conjunto establecen un nuevo modelo de atención y determinan modificaciones sustanciales al modelo de atención actual en sus distintos componentes: Atención Primaria, Especialidades Ambulatorias y Atención Hospitalaria, ejerciendo el Ministerio de Salud, a través de la Autoridad Sanitaria, sus roles de rectoría y regulación en base al diagnóstico descentralizado de las necesidades locales de la población y a la promoción de la participación responsable y activa de la comunidad organizada.

Dentro de los objetivos sanitarios, la prevención y atención de la infección por VIH/SIDA constituye una condición prioritaria y forma parte de los problemas de salud incluidos dentro de la ley que establece un Régimen de Garantías Explícitas y Acceso Universal (AUGE), lo que plantea un desafío mayor para el modelo actual de atención VIH/SIDA en el país que exhibe deficiencias organizacionales, de gestión y centralización que ya han sido diagnosticadas y validadas previamente³. Si bien la Reforma de la Salud puede interpretarse como un aumento en los requerimientos a los equipos de atención VIH, también puede ser vista como una oportunidad para formalizar la estructura y funcionamiento de los Centros de Atención VIH/SIDA y, en definitiva, mejorar la gestión, la calidad y condiciones de atención.

La infección por VIH/SIDA posee características particulares, adecuadas para el diseño, la implementación y la evaluación de una nueva modalidad de organización de la atención, a saber:

- Los tratamientos antiretrovirales disponibles tienen una elevada costo – efectividad transformando el VIH/SIDA en una condición de manejo ambulatorio.
- Existen Guías Clínicas⁴ y Protocolos⁵ de manejo basados en evidencia científica y ampliamente validados.
- Se cuenta con herramientas objetivas y precisas para la medición de los resultados de las intervenciones terapéuticas y, por tanto, para la evaluación del impacto de las acciones de salud.
- Los equipos de atención VIH/SIDA han sido capacitados en forma permanente y tienen alta motivación y experiencia en trabajo en equipo.
- Existen redes clínicas operativas, aunque informales, entre los Centros de Atención VIH/SIDA.
- La relación que se establece entre los profesionales de salud y las personas que viven con VIH (PVVIH) que se atienden en el Sistema Público son percibidas mayoritariamente como de buena calidad, tanto por los equipos de salud, como por las PVVIH.
- Las PVVIH tienen, en general, un mayor conocimiento de su enfermedad que el usuario promedio del Sistema Público, lo que facilita su participación activa en el autocuidado de su salud.
- Las PVVIH que se atienden en el Sistema Público están organizadas en agrupaciones locales con experiencia y participación activa en áreas como consejería, autocuidado y prevención.
- La legislación vigente protege la confidencialidad y no discriminación en el manejo de la patología⁶.

Es importante destacar que Chile ha accedido al Proyecto Fondo Global contra la malaria, tuberculosis y SIDA. En este contexto se ha rediseñado el Modelo de Atención Integral a PVVIH.

En la elaboración del nuevo modelo de atención VIH/SIDA se consideró el levantamiento de la modalidad actual de atención, diagnóstico que fuera realizado por CONASIDA, con participación de

los equipos tratantes VIH/SIDA de todos los Servicios de Salud del país⁷ y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones PVVIH: VIVO POSITIVO⁸.

Se plantea una actualización del modelo de atención que corrija las deficiencias de la modalidad actual de atención y sea compatible con la Reforma de la Salud^{9,10} y la puesta en marcha de la reforma en la atención VIH/SIDA. Para su elaboración se constituyó un Comité Asesor de Atención Integral en el que participaron:

- CONASIDA, a través de su Área de Atención Integral.
- Sociedad Chilena de Infectología, a través del Comité Consultivo de SIDA.
- Sociedad Chilena de Pediatría, a través de representantes del Comité Nacional de SIDA pediátrico.
- Representantes de los médicos tratantes de VIH del Sistema Público.
- Representantes de las enfermeras que integran los equipos de atención VIH.
- Representantes de los químico farmacéuticos del Sistema Público.

Este modelo se basa en la contribución efectuada por los distintos componentes del Comité de Atención Integral que, en diferentes reuniones efectuadas por área de competencia, llegaron a una propuesta de modelo que se sometió a observaciones por parte de los integrantes del Comité, CONASIDA, la Comisión de la Reforma, la Dirección General de Redes Asistenciales*, los Servicios de Salud y la Coordinadora Nacional de PVVIH: VIVO POSITIVO, observaciones que fueron mayoritariamente incorporadas al documento final.

* Actual División de Gestión de la Red Asistencial

II.- OBJETIVOS

II.1.- Objetivos Generales

- a) Otorgar atención integral accesible, oportuna y de calidad a las PVVIH adultas en control en el Sistema Público.
- b) Otorgar atención integral accesible, oportuna y de calidad a los niños/as con VIH en control en el Sistema Público.
- c) Reducir la transmisión vertical del VIH y la morbilidad y mortalidad asociadas.
- d) Mejorar la atención integral de adultos/as y niños/as con VIH/ SIDA en el marco de la estrategia global de prevención y atención del VIH/ SIDA del Ministerio de Salud.
- e) Coordinar las acciones de atención en VIH en los distintos niveles de la Red Asistencial.

II.2.- Objetivos Específicos

- a) Consejería, diagnóstico y derivación oportunos de condición VIH en el Sistema Público de Salud, entre los distintos niveles de atención, dentro de las redes asistenciales para el cumplimiento de sus funciones específicas de acuerdo al modelo.
- b) Atención integral multidisciplinaria en su dimensión biológica, psicológica y social, con énfasis en la calidad, a las PVVIH adultos (hombres y mujeres) y niños/as (menores de 18 años) en el Sistema Público de Salud.

- c) Acceso oportuno a tratamiento antiretroviral (TAR), seguimiento y manejo de las complicaciones en PVVIH, adultos y niños/as, que requieren e inician terapia en el Sistema Público de Salud.
- d) Detección VIH en el embarazo y acceso oportuno a protocolo de prevención de la transmisión vertical.
- e) Reducción de la evolución a SIDA y la morbilidad asociada mediante acceso oportuno a TAR en PVVIH.
- f) Reducción de la mortalidad por SIDA.
- g) Reducción de la incidencia de casos de VIH mediante acciones de consejería a PVVIH en prevención secundaria, la posible reducción del riesgo de transmisión asociada al tratamiento antiretroviral y la promoción de estilos de vida saludables.
- h) Mejorar la calidad de vida de las PVVIH a través de la reducción y tratamiento oportuno de comorbilidades específicas y la aplicación de tratamientos que presenten mayor simplicidad en la administración y menor toxicidad, como asimismo el diagnóstico y tratamiento de los efectos secundarios de la TAR.
- i) Desarrollo progresivo de capacidades de los centros de atención, coordinación entre los centros y CONASIDA, para una descentralización progresiva de la atención.
- j) Promoción de un trabajo asociativo entre las PVVIH y los equipos de salud mediante una participación activa y protagónica en el cuidado de su salud, en la prevención secundaria y el refuerzo de la adherencia a TAR.

III.- POBLACIÓN OBJETIVO

La incidencia de casos anuales de VIH/SIDA en Chile ha mantenido una tendencia ascendente con un total de casos notificados al 31 de diciembre de 2003 de 12.574 personas¹¹. A la misma fecha la proporción hombre: mujer se había reducido a 4: 1 dando cuenta de la “feminización” de la epidemia. La vía sexual sigue siendo la principal vía de transmisión con un 94,1% predominando la homo/ bisexual masculina, observándose una tendencia a la “heterosexualización” de la epidemia¹¹. Se estima que el 80% de las PVVIH se controlan en el Sistema Público alcanzando a más de 7.000 personas que son la población objetivo actual del modelo. De ellas, más del 50% tiene indicación de TAR por su condición clínica y/o inmunológica y la está recibiendo con un 100% de cobertura de los requerimientos de terapia desde 2003. Se estima que 33.314 personas en Chile vivían con VIH al 31 de diciembre de 2003 lo que constituye la población objetivo potencial del modelo.

En el Sistema Público se atienden aproximadamente 200.000 partos anuales con una cobertura de atención hospitalaria de 99,6%. La prevalencia de VIH en embarazadas es de alrededor de 0,05% con lo que se estima que ocurren 100 embarazos anuales en mujeres con VIH. La tasa de transmisión espontánea de VIH es de 26,4% y se reduce a alrededor de 1% cuando se diagnostica oportunamente la condición VIH materna y se aplica el protocolo completo de prevención de la transmisión vertical¹². A pesar de esto, en la actualidad, nacen en Chile cerca de 30 niños/as al año infectados por VIH, en un 90% de madres sin diagnóstico oportuno de VIH.

IV.- MODELO DE ATENCIÓN: DEFINICIÓN

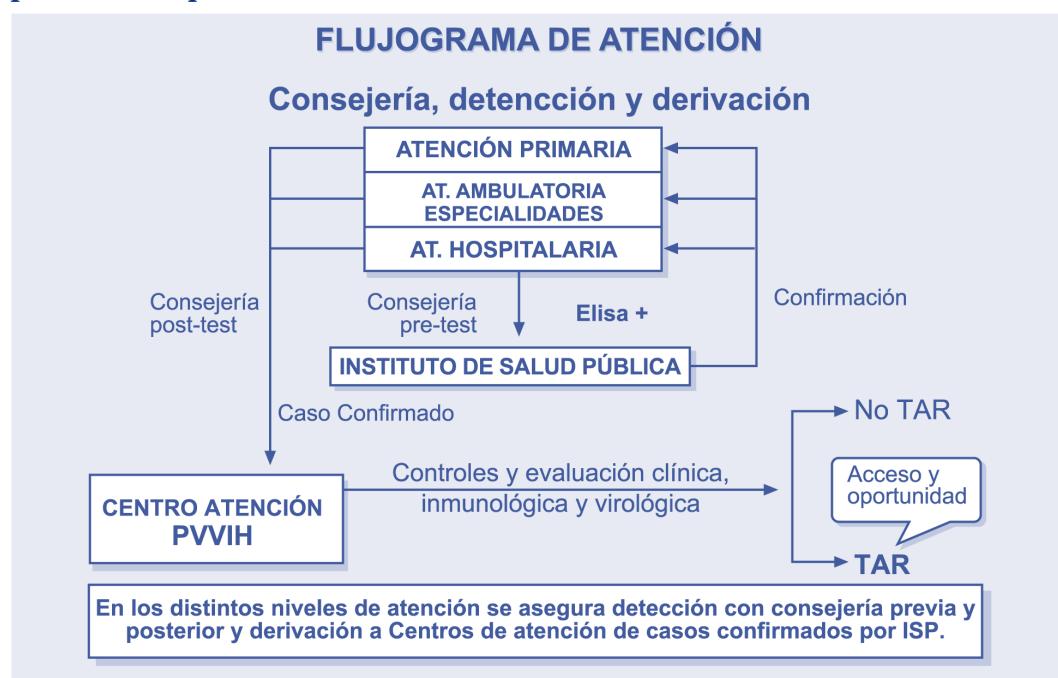
Se entiende por Modelo de Atención a la forma de organización de los recursos humanos y materiales para afrontar los riesgos de salud y proporcionar atención de salud⁹. El nuevo modelo de atención en VIH/SIDA será aplicado a nivel nacional y ejecutado por los Centros de Atención en VIH de los establecimientos de salud del Sistema Público. El modelo de atención VIH considera el contexto general de la Reforma Sanitaria.

V.- ORGANIZACIÓN, REDES ASISTENCIALES Y FUNCIONES

El modelo de atención del sector Salud, previo a la Reforma, estaba organizado en niveles de complejidad primario, secundario y terciario que debían funcionar en forma coordinada, con resolutividad progresiva en la solución de los problemas de salud y vías expeditas de derivación entre ellos. El país está dividido en 28 Servicios de Salud autónomos, encargados de la aplicación de las políticas del sector Salud. Este modelo demostró gran eficacia en el control de enfermedades infecciosas agudas, de la desnutrición y mortalidad infantiles, entre otros, pero con falencias en la atención de enfermedades crónicas y en garantizar acceso, oportunidad, equidad y calidad a los usuarios/as cuyo derecho a la salud es plenamente reconocido. En este modelo cada uno de los niveles tenía funciones específicas en el manejo del VIH/SIDA y se requería la participación activa de los distintos niveles de atención para la ejecución de las actividades de promoción, prevención primaria y secundaria y atención integral.

La Reforma Sanitaria determina modificaciones sustanciales a este modelo de atención en sus distintos componentes asistenciales: Atención Primaria, Especialidades ambulatorias y Atención Hospitalaria, introduciendo el concepto de redes de atención integradas a cargo de la atención de salud de las personas y creando por otra parte la Autoridad Sanitaria responsable de la Salud Pública y dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública, a través de la cual el Ministerio de Salud ejerce sus roles de rectoría y regulación, diferenciándolos claramente del rol asistencial de salud a cargo de la red de agentes proveedores de atención radicada en los Servicios de Salud dependientes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Además promueve una participación activa de la comunidad organizada. Esta integración es el núcleo de la innovación en la atención de las enfermedades crónicas y, al fortalecer las funciones de las PVVIH, sus familias y la comunidad en una adecuada integración con el equipo de salud, permite controlar más eficazmente las condiciones crónicas^{13,14}. El nuevo modelo de atención VIH/SIDA considera la existencia de una Autoridad Sanitaria

con funciones específicas de rectoría, regulación e integración comunitaria y, por otra parte, la reorganización de la atención de las PVVIH mediante redes asistenciales dependientes de los Servicios de Salud, de manera de integrar de manera eficiente los principios de equidad, calidad y eficiencia que inspiran la Reforma a la atención de las PVVIH. En el nuevo modelo de atención se definen las funciones de los actores de la red asistencial y la coordinación entre ellos con el objetivo de lograr la mayor eficiencia y calidad en la atención y su relación con la Autoridad Sanitaria como organismo rector, regulador, fiscalizador y responsable de las acciones de promoción, integración comunitaria y prevención primaria.



Por la complejidad de la fisiopatología de la infección por VIH, del manejo de las complicaciones oportunistas y de los fármacos antiretrovirales, como también por variables socioculturales complejas, la atención de pacientes VIH requiere un enfoque multidisciplinario, alto nivel de capacitación profesional y mayores recursos tecnológicos. Por otra, parte el acceso a tratamiento antiretroviral de alta eficacia en el Sistema Público ha transformado el VIH/SIDA en una condición de manejo ambulatorio con una significativa reducción en los

requerimientos de hospitalización y la utilización de recursos del nivel hospitalario. Estas condiciones se concentran en la atención ambulatoria de especialidades.

Los elevados costos de la terapia antiretroviral, la escasa experiencia nacional previa en su uso, la atención mayoritariamente por médicos no especialistas en los Centros de Atención VIH y el riesgo de aparición y diseminación de resistencia a los antiretrovirales con el uso inapropiado, han obligado a una participación activa del nivel central en la asignación y monitoreo de la aplicación de los tratamientos. La adquisición gradual de expertizaje por los médicos no especialistas genera las condiciones para iniciar un proceso de descentralización progresivo, transfiriendo a niveles locales la toma de decisiones en tratamientos antiretrovirales y responsabilidades de gestión.

En este modelo de atención las funciones para los distintos actores en lo referente a VIH/SIDA son:

V.1.- Comisión Nacional del SIDA

La Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, es el organismo técnico del Ministerio de Salud responsable de la elaboración de políticas de prevención y atención del VIH/SIDA y de la coordinación ejecutiva del programa nacional de prevención y control del VIH/SIDA. Las funciones de CONASIDA en las áreas relacionadas con la atención de salud son:

- Diagnóstico epidemiológico nacional y regional de la situación del VIH/SIDA en Chile. Análisis de la información estadística y elaboración de informes y comunicación de los resultados.
- Elaboración y actualización periódica de normas técnicas y guías clínicas para la prevención, diagnóstico y atención integral del VIH/SIDA.

- Elaborar pautas de control de calidad de la atención, los tratamientos y estudios complementarios utilizados en el manejo del VIH/SIDA, como de acreditación de los centros que realizan la atención y de evaluación de la eficiencia.
- Promover la investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA.
- Promover la intersectorialidad en la coordinación de las acciones de promoción, prevención, detección y atención del VIH/SIDA.
- Promover la equidad en el acceso al diagnóstico y tratamiento de las PVVIH y su participación e integración con los equipos de salud en los aspectos que favorecen la calidad de vida de las PVVIH.
- Supervisar el cumplimiento de las políticas y normas relativas a promoción, prevención, diagnóstico y atención del VIH/SIDA. Para ello establece vías de coordinación formales con las dependencias pertinentes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, grupos EMI y directores de Servicios de Salud.
- Coordinar el abastecimiento y distribución de herramientas de prevención científicamente probadas, fármacos y la disponibilidad de los estudios complementarios necesarios para la atención del VIH/SIDA, en particular estudios de subpoblaciones linfocitarias, carga viral y estudios de genotipificación.
- Proponer programas y participar activamente en la capacitación continua biomédica y organizacional de los equipos de salud que atienden VIH/SIDA, tanto en los Centros de Atención VIH como en los distintos niveles de atención que forman parte del nuevo modelo.
- Organizar y coordinar los sistemas de información que permitan el adecuado funcionamiento del modelo.

- Coordinar el acceso a instancias de consulta permanente y asesoría en el manejo de casos complejos.

V.2.- Instituto de Salud Pública (ISP)

Además de sus funciones propias referentes a la certificación de calidad de medicamentos y exámenes de laboratorio utilizados en la atención del VIH/SIDA, es el encargado de confirmar las serologías VIH positivas de las muestras clínicas provenientes de laboratorios del sector público y el sector privado. Las funciones del ISP son:

- Recepción de las muestras catalogadas como VIH + y de las contramuestras respectivas de los laboratorios del sector público.
- Efectuar estudios de ELISA e Inmunofluorescencia para la confirmación de los casos positivos y negativos para VIH.
- Efectuar estudios complementarios: RIPA, PCR, Western Blot y otros a las muestras con resultados previos no concluyentes para el diagnóstico definitivo.
- Comunicación oficial y confidencial del resultado final VIH de las muestras analizadas al laboratorio derivador y/o al médico solicitante.

V.3.- Atención ambulatoria de especialidades

La atención ambulatoria de especialidades de alta complejidad se realiza en Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y en Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) integrados o anexos a hospitales, con frecuencia en la infraestructura de los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual (CETS). Presentan distintos grados de dependencia de los hospitales de alta complejidad en términos de horas médicas, de profesionales de la salud y de técnicos, como también del abastecimiento y manejo presupuestario.

En este nivel de atención se insertan los 32 Centros de Atención VIH que en la actualidad atienden a las PVVIH que se controlan en el Sistema Público (80% del total de las PVVIH del país), a lo largo de las 13 regiones y de 26 de los 28 Servicios de Salud. Sus características, dotación y funciones se describen en el punto VI.

V.4.- Hospitales y Servicios de Urgencia hospitalarios

El advenimiento de las terapias antiretrovirales de alta eficacia ha conducido a menos requerimientos de hospitalización de personas con VIH/SIDA por patologías oportunistas, sin embargo la TAR no elimina por completo la incidencia de complicaciones oportunistas, especialmente en personas que inician TAR con enfermedad muy avanzada, y por otra parte, en ocasiones se asocia a complicaciones severas. Además, el aumento en la expectativa de vida de las PVVIH con la TAR aumenta su probabilidad de presentar patologías agudas y crónicas no relacionadas a VIH. En estas situaciones puede ser necesaria la atención de emergencia y/o la hospitalización de personas con VIH, lo que requiere capacitación continua en VIH/SIDA de los profesionales de estos servicios.

No es infrecuente, por otra parte, que se diagnostique VIH/SIDA como consecuencia de una patología detectada en la consulta de urgencia o durante una hospitalización.

Las funciones específicas de los hospitales y servicios de urgencia son:

- Atenciones multidisciplinarias hospitalaria y de urgencia que se requieran para el manejo de las patologías oportunistas y no relacionadas al VIH/SIDA que presentan las PVVIH, así como de las complicaciones severas relacionadas al tratamiento antiretroviral.
- Sospecha diagnóstica de VIH en pacientes con cuadros clínicos sugerentes de inmunodeficiencia, consejería pre test, envío de las

muestras positivas y contramuestras al ISP, informe del resultado final del ISP al usuario/a, conjuntamente con la consejería post test.

- Atención del parto y del recién nacido en mujeres VIH+ junto con la aplicación del protocolo de prevención de la transmisión vertical en los aspectos relativos al parto y atención inicial del recién nacido.
- Resguardo de la confidencialidad de la condición VIH y no discriminación de las PVVIH.
- Referencia de los usuarios/as diagnosticados como VIH+ a los Centros de Atención VIH para su control periódico y eventualmente el inicio de terapia antirretroviral.

V.5.- Atención primaria

En la atención primaria se realizan acciones específicas centradas en la promoción general de la salud e integración comunitaria, la prevención, diagnóstico y consejería en VIH y el tratamiento de complicaciones específicas como la tuberculosis o de urgencias simples. Los profesionales de estos servicios deben tener capacitación continua en VIH/ SIDA.

Las funciones de los establecimientos del atención primaria son:

- Acciones de promoción de la salud e integración comunitaria y de prevención primaria de la infección VIH.
- Aplicación de los programas de salud radicados en estos niveles de atención en la población general y en PVVIH que lo requieran, en particular tratamiento de la tuberculosis, programa de la mujer, programa nacional de alimentación complementaria y programa ampliado de inmunizaciones.

- Atención de las patologías propias de la atención primaria en PVVIH que lo requieran.
- Sospecha diagnóstica de VIH en personas con cuadros clínicos sugerentes de inmunodeficiencia, consejería pre test, envío de la muestras positivas y contramuestras al ISP, informe del resultado final del ISP a la persona conjuntamente con la consejería post test.
- Resguardo de la confidencialidad de la condición VIH y no discriminación de las PVVIH.
- Referencia de las personas diagnosticadas como VIH+ a los Centros de Atención VIH para su control periódico y eventualmente el inicio de terapia antirretroviral.
- Control del embarazo normal, consejería para la oferta universal de serología VIH a embarazadas, envío de las muestras positivas y contramuestras al ISP, informe del resultado final del ISP a la embarazada conjuntamente con la consejería post test.

V.6.- Autoridad Sanitaria Regional y Consejos Técnicos

Los Consejos Técnicos de VIH/SIDA estarán integrados al menos por el/la encargado/da de VIH/SIDA, representando a la Autoridad Sanitaria Regional, el o los jefes/as de los Centros de Atención VIH o quien, el o los Directores/as de los Servicios de Salud designen, representando a la red de prestadores y la sociedad organizada a través de las agrupaciones locales de PVVIH. Serán presididos por el representante de la Autoridad Sanitaria y sesionarán periódicamente. Sus funciones son:

- Definición de objetivos regionales.
- Planificación de actividades de educación, promoción y prevención.

- Definición de compromisos de gestión.
- Monitoreo de procesos y evaluación de calidad.
- Control de resultados mediante la evaluación de indicadores de impacto.
- Regulación y fiscalización regionales.

V.7.- Usuarios/as

La Reforma de la Salud incorpora la aplicación de un nuevo modelo general de atención que orienta las acciones de la Red Asistencial a las necesidades de la población atendida, reconociendo la competencia de todos los miembros de la sociedad y no sólo de los profesionales de la salud, de manera tal que los usuarios/as intervienen activa y responsablemente como colaboradores en actividades de ayuda mutua y en la toma de decisiones que afectan a su salud. Las funciones y responsabilidades de los usuarios/as son:

- Ser agentes de cambio de su situación de salud y de la comunidad.
- Aprendizaje sobre su condición y adquisición de competencias para la autoayuda y habilidades para facilitar el cambio de conductas.
- Participación en iniciativas de autocuidado individual y en la toma de decisiones que afectan su propia situación de salud.
- Colaboración con el equipo de salud en la entrega de la información relevante referente a sus necesidades y problemas de salud y de los antecedentes que le sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento.
- Adherencia individual a las medidas efectivas de prevención de la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

- Uso responsable de los antiretrovirales y demás medicamentos prescritos y aceptados por el usuario para la prevención o tratamiento de enfermedades concomitantes.
- Participación en la promoción de estilos de vida saludables, en iniciativas orientadas al autocuidado colectivo en los ámbitos de la prevención y detección de necesidades de salud y de riesgos ambientales y sociales.
- Participación en estrategias de difusión y comunicación social.
- Participación en acciones colectivas por las cuales la comunidad identifica y analiza sus problemas locales de salud, define objetivos y formula propuestas de estrategias para alcanzar estos objetivos sanitarios.
- Participación activa en la difusión y promoción de los derechos y deberes de los usuarios/as en la comunidad.
- Colaboración con el equipo de salud en el cumplimiento individual y en la promoción a los demás usuarios/as de la construcción de una relación de respeto entre usuarios/as y equipo de salud, como también en el cuidado de las instalaciones y equipamiento de los establecimientos de salud.
- Participación en agrupaciones de usuarios/as orientadas a la protección de sus derechos y deberes, la adquisición de conocimientos y habilidades específicas, la promoción y prevención en salud.
- Conocimiento y difusión de los resultados de evaluación de impacto generados por los Consejos Técnicos de VIH/ SIDA.

VI.- CENTROS DE ATENCIÓN VIH

La infección por VIH presenta complejos mecanismos fisiopatológicos de interacción con las diferentes células receptoras del ser humano, dinámicas de recambio celular, mecanismos de sensibilidad y resistencia del VIH a antiretrovirales, complicaciones infecciosas y tumorales de diagnóstico y manejo difícil y, desde el advenimiento de las terapias de alta eficacia, se reconocen toxicidades potenciales severas de las drogas que se utilizan e, incluso, se han descrito nuevas formas de toxicidad previamente desconocidas. La complejidad inherente a la atención del VIH/SIDA, tanto en sus complicaciones como en las variables socioculturales involucradas y el manejo terapéutico, ha llevado a la formación de Centros especializados de Atención VIH que han sido implementados en base a gestiones locales sin el respaldo de resoluciones que asignen planta física, horas profesionales y autonomía suficientes para satisfacer la creciente demanda de atención^{3,15}, consecuencia del aumento cuantitativo y cualitativo que ha generado el acceso universal a terapia. Por el déficit de especialistas en infectología e inmunología en el país para el número de PVVIH en control en el Sistema Público, en 19 de los 32 centros del país la atención es otorgada por médicos no especialistas. La insuficiente dotación de profesionales especialistas es un problema recurrente en países en desarrollo y también en países desarrollados.

Estos problemas han sido abordados por CONASIDA mediante un proceso de capacitación continua para médicos no especialistas a cargo de la atención con la colaboración estrecha de la Sociedad Chilena de Infectología y se han definido las características básicas con que deben contar los Centros de Atención. Los Centros de Atención VIH deben tener una planta física y dotación de recursos humanos que les permita acoger de manera expedita la derivación de pacientes con infección por VIH, desde los distintos niveles de atención, para fines de tratamiento antiretroviral, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades cuando proceda¹⁶, con el debido resguardo de la confidencialidad y no discriminación en la atención de las PVVIH.

VI.1.- Características físicas y equipamiento de los Centros de Atención VIH

Los Centros de Atención deben reunir características específicas de la planta física que permitan la adecuada atención de las PVVIH. La planta física no necesariamente debe ser exclusiva para la atención de VIH. Las recomendaciones para la planta física son:

- Accesos y áreas de circulación amplias, ascensores en caso de no situarse en la planta baja y facilidades para minusválidos por la frecuencia de complicaciones neurológicas en las personas infectadas por VIH.
- Salas de espera y áreas de recepción que cuenten con sillas acordes en número al de PVVIH que se atienden en el Centro, amplias, con resguardo de la seguridad y privacidad, bien aseadas, ventiladas y calefaccionadas. Además, deben existir baños diferenciados por sexo, señalizados, bien aseados y ventilados.
- Para la atención de enfermera universitaria o matrona se debe contar con una sala amplia, bien iluminada, ventilada y calefaccionada y que cuente con la privacidad necesaria para la realización de las acciones propias de la especialidad y de consejería en VIH/SIDA.
- Para la atención psicosocial es necesario contar con una sala amplia, bien iluminada, ventilada y calefaccionada y que cuente con la privacidad necesaria para la realización de las acciones propias de la especialidad y de consejería en VIH/SIDA.
- Los boxes de atención médica deben ser suficientes en número, para la cantidad de profesionales que atienden en el Centro, amplios con capacidad para 2 sillas de usuarios y camilla de examen con facilidades de aseo, calefaccionados, con buena

iluminación y ventilación. También deben contar con lavamanos, dispensador de jabón, sabanillas, toallas y guantes desechables. Estos insumos deben ser repuestos en forma permanente.

- Debe existir una sala de toma de muestras amplia y con facilidad de aseo, área limpia y sucia, buena iluminación, calefacción y ventilación. Debe contar con lavamanos, dispensador de jabón, sabanillas, toallas, guantes, jeringas desechables y safe – box. La sala de toma de muestra puede ser centralizada si está definido así en el Centro.
- Espacios físicos amplios y privados para las actividades de consejería.
- Los Centros deben contar con diferentes anexos telefónicos internos, líneas telefónicas de salida y fax, computadores, espacios seguros para la instalación de computadores y con los programas necesarios para el registro y reporte de la información clínica de las PVVIH en control. Además debe procurarse comunicación computacional en línea con el Ministerio de Salud.
- Farmacia debe contar con recintos físicos, no necesariamente dentro del centro, acordes al número de funcionarios y a las personas que se atienden, que permitan la interacción entre el profesional de farmacia y el paciente para el refuerzo y control de cumplimiento de las indicaciones y adherencia. Se requiere de una readecuación y equipamiento de las farmacias para que estos recintos cuenten con los espacios y condiciones necesarias para almacenamiento, equipamiento computacional y conexión vía internet y fax, programas que permitan en forma expedita los registros de ingreso y despacho, registro de recetas, control de existencias, registro de reacciones adversas, entre otros que, en su conjunto, permitan la automatización de procesos para el funcionamiento adecuado del modelo.

VI.2.- Dotación de RR.HH. y capacitación en Centros de Atención

Los Centros de Atención deben reunir recursos humanos suficientes en dotación y capacitados para la atención integral, oportuna y de calidad de las PVVIH¹⁶ y estar organizados para un trabajo coordinado de sus integrantes que les permita desarrollar proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de las PVVIH:

- a) Horas médicas: atención de 3 PVVIH por hora médica, en consideración a las características promedio de los/as usuarios/as nuevos y antiguos atendidos en el sistema público. En adultos/as que inician TAR y/o con patologías concomitantes se debe efectuar como mínimo 1 atención cada 4 semanas, en PVVIH estables en TAR y en PVVIH sin requerimiento de TAR cada 8 - 12 semanas. Los niños/as requieren una atención cada 4 semanas, por lo menos, durante el primer año de vida o después del diagnóstico. Considerando que, en términos generales, más de la mitad de las PVVIH en control en un Centro de Atención VIH están en TAR, debe asignarse 1 hora médica semanal de dedicación exclusiva a VIH/SIDA por cada 24 personas en control. A ello debe agregarse 0,5 hora médica semanal adicional para la atención de consultas espontáneas y de urgencia por morbilidad, evaluación de pacientes hospitalizados, procedimientos, atención de familiares y acompañantes, educación y consejería, coordinación, labores administrativas y de capacitación. En definitiva, debe asignarse 1,5 hora médica semanal por cada 24 personas en control en el Centro.

Capacitación médica: los médicos tratantes de VIH/SIDA deben tener entrenamiento previo y permanente en diagnóstico y etapificación de la infección, prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones y tumores más frecuentes en VIH/SIDA y de las indicaciones, tipos, monitorización y complicaciones del tratamiento antiretroviral. Para ello deben

poseer subespecialización certificada en infectología o inmunología, sin embargo debido a que no existen especialistas suficientes en el país para el número de PVVIH en control en el sistema público, se debe considerar la capacitación inicial y continua de los médicos no especialistas para acreditar su condición de tratante VIH/SIDA mediante experiencia previa supervisada en atención de pacientes VIH/SIDA por 3 meses en centros calificados y la asistencia, a lo menos, a 2 cursos o congresos anuales de capacitación continua. En ausencia de los especialistas indicados se debe privilegiar la atención por médicos internistas con capacitación formal y completa.

- b) Horas de enfermería: los Centros de Atención VIH/SIDA deben contar con horas de dedicación exclusiva de enfermero/a o matrón/a en cantidad de 1 jornada completa por cada 250 PVVIH en control y, al menos, media jornada en centros con menos de 250 personas para poder desarrollar actividades técnicas específicas, acciones de consejería, educación en promoción de la salud, prevención y adherencia a terapias como también de programación, coordinación, registro, supervisión y evaluación. El número de enfermeras o matronas debe aumentarse proporcionalmente en los Centros con más de 250 PVVIH en control. Parte de las horas asignadas debe corresponder a matronas para la atención de ETS y de VIH en la mujer.

Capacitación: los/as enfermeros/as o matrón/as del programa deben tener capacitación previa de 1 mes en atención en VIH/SIDA en centros calificados para desarrollar habilidades técnicas específicas, aprendizaje en consejería, computación básica y gestión. Además deben asistir, al menos, una vez al año a cursos o jornadas de capacitación para el perfeccionamiento continuo de las acciones propias de la especialidad por parte de CONASIDA.

- c) Atención psicosocial: las complejidades de la infección por VIH/SIDA, sus repercusiones psicológicas, la coexistencia de patologías de la esfera de la salud mental y las dificultades en la integración plena de las PVVIH a diferentes espacios sociales por la persistencia de conductas discriminatorias hacen que las PVVIH requieran, tanto o más que ningún otro usuario, una atención integral biológica, psicológica y social por parte de los equipos de atención. Por la falta de disponibilidad de estos recursos, el resto del equipo de salud debe ocupar una parte importante de su tiempo, de por sí escaso, en intervenciones de apoyo psicológico y/o social que serían manejadas de mejor manera por los profesionales adecuados.

Un aspecto central del nuevo modelo es la integración de psicólogos/as y trabajadores/as sociales al equipo de atención VIH de manera de conformar un equipo multidisciplinario que permita reforzar las acciones de información, apoyo psicológico, orientación social y acciones de consejería para el autocuidado, adherencia a tratamientos y prevención secundaria. El equipo psicosocial debe asumir, además, acciones de coordinación con la red de atención en aspectos como la promoción, la prevención primaria y la integración comunitaria y también de trabajo conjunto con agrupaciones de PVVIH y organismos no gubernamentales.

Los Centros de Atención VIH/SIDA deben contar, por lo tanto, con acceso a horas de psicólogo/a a razón de 4 horas semanales por cada 100 personas en control y de trabajador/a social a razón de 2 horas semanales por cada 100 usuarios/as en control. Los psicólogos/as y trabajadores/as sociales que se desempeñen en los Centros de Atención deben recibir capacitación previa y continua en VIH/SIDA de la misma manera que los/as enfermeros/as y matrones/as. La atención de estos profesionales a PVVIH debe realizarse, de preferencia, en la planta física del Centro de Atención.

d) Farmacia: el Programa de Acceso Expandido a Tratamiento Antiretroviral en Chile significó un aumento en el número de TAR distribuidas en los hospitales públicos desde 1.500 en 2001 a más de 4.000 a fines del 2003. Además se incrementó sustancialmente la variedad de antiretrovirales disponibles, la frecuencia de los cambios de prescripción y el tiempo requerido para atención de consultas, control, seguimiento, apoyo a la adherencia e informes. Los profesionales y el personal auxiliar de farmacia han debido asumir este aumento cualitativo y cuantitativo en la sobrecarga de trabajo sin modificaciones significativas en la dotación de personal ni en la planta física y equipamiento. Por otra parte, el trabajo de farmacia, en la mayoría de los Centros, está poco conectado con la actividad clínica, lo que demanda un tiempo adicional para coordinación y tampoco ha habido una capacitación sistemática de los profesionales en VIH/SIDA.

En el nuevo modelo se recomienda la asignación de 22 horas de químico/a farmacéutico/a y 22 horas de auxiliar paramédico de farmacia para la atención de PVVIH por cada 400 personas en control en el Centro. Además, el/la químico/a farmacéutico/a debe recibir capacitación previa y continua en VIH/SIDA, en particular en adherencia, de la misma manera que los/as enfermeros/as, matrones/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales. Las acciones específicas de estos funcionarios/as se desarrollarán en la planta física de farmacia, pero su trabajo estará estrechamente coordinado con el Centro de Atención VIH. Para el adecuado cumplimiento de sus funciones se requiere la implementación de equipamiento y programas computacionales.

e) Otros profesionales, nutricionista, odontólogo/a u otros, técnicos/as paramédicos/as y funcionarios/as administrativos del Centro de Atención VIH deben ser asignados en dotación suficiente y capacitados previamente en las actividades específicas de su

competencia, tales como consejería y manejo de fármacos, además de al menos, una actividad anual de capacitación continua. En el caso de nutricionistas y odontólogos/as se considera la posibilidad de que se desempeñen en sus propios lugares de atención, sin embargo, su trabajo debe estar estrechamente coordinado con el Centro de Atención VIH. La atención dental forma parte del manejo integral del VIH/SIDA e involucra patologías con características específicas que requieren una atención expedita por lo que deben asignarse horas de odontólogo/a para atenciones de morbilidad urgente.

- f) Desarrollo de capacidades organizativas y de consejería sobre prácticas y promoción de estilos de vida saludables: En el contexto de una patología crónica y con particularidades que ya han sido descritas que involucra, además, el conocimiento de la realidad socioeconómica de los usuarios/as, los equipos de atención en VIH necesitan aptitudes y conocimientos que van más allá de la capacitación biomédica tradicional y no han sido adecuadamente enfatizadas^{13,14}. Se requiere el desarrollo de una política activa en la adquisición y mantención por parte del equipo de salud de herramientas de gestión: programación, manejo presupuestario, evaluación, entre otras, como también capacidades eficaces de liderazgo para la organización de la atención, de formación de equipos de trabajo, de comunicación para promover el intercambio de información y de consejería para mejorar la calidad de vida de las PVVIH y obtener una óptima adherencia, autocuidado y prevención secundaria por parte de los beneficiarios de la atención^{17,18,19}. Los equipos de atención deben incluir actividades que permitan una adecuada sensibilización e información sobre las actividades que realizan las agrupaciones locales de PVVIH.

VI.3.- Organización y funciones en los Centros de Atención

Los Centros de Atención VIH son los responsables de dar una atención de salud oportuna y de buena calidad a las PVVIH y elementos centrales en la articulación de la red de atención en VIH resultando, por ende, los principales ejecutores de los Servicios de Salud en la gestión asistencial en VIH/SIDA. El modelo de atención está orientado a la calidad de la atención y a mejorar la calidad de vida del individuo en su contexto biológico, psicológico y social, más que a la realización de prestaciones o a la curación de enfermedades. La organización de los Centros debe estar familiarizada con elementos de gestión: presupuestos, eficacia, eficiencia y oportunidad en la atención. Su quehacer debe ser permanentemente evaluado mediante un programa de control, registro de reclamos y monitoreo de indicadores de impacto. La entrega gradual de competencias conducente a la descentralización es una herramienta fundamental para el logro de los objetivos y los recursos humanos y materiales disponibles deben ser organizados en un modelo que logre la mayor efectividad al más bajo costo.

Los Centros de Atención VIH deben contar con un jefe/a del Centro cuya dependencia será definida por la Dirección del establecimiento de acuerdo a la política general de éste, con dependencia final del Servicio de Salud respectivo. El jefe/a del Centro debe ser uno de los miembros del equipo de atención VIH y tener la capacitación adecuada en VIH/SIDA, en herramientas de gestión, educación, prevención e intervención conductual.

- a) Las funciones específicas del jefe/a del Centro, sin perjuicio de su delegación parcial o completa a uno o más miembros del equipo de atención, son:
 - Programación de las actividades asistenciales que desarrolla el Centro.

- Distribución de funciones a los profesionales y demás funcionarios del Centro.
- Supervisión del cumplimiento de las actividades asistenciales.
- Registro de las actividades asistenciales realizadas.
- Registro y clasificación de PVVIH en control y tratamiento, solicitudes de terapia y estudios de genotipificación, en base a los requerimientos de la Reforma de la Salud y el acceso universal con garantías explícitas.
- Registro de notificaciones, abandonos, traslados y fallecimientos.
- Supervisión de la adherencia de las PVVIH a las prescripciones de medicamentos antiretrovirales y el cumplimiento de los criterios de inicio, continuación y cambio de terapia.
- Supervisión del abastecimiento y despacho de medicamentos antiretrovirales y de infecciones oportunistas.
- Organización de las actividades de educación, promoción y prevención en VIH/SIDA que realiza el Centro.
- Participación en la definición de presupuestos.
- Medición de los indicadores de impacto y evaluación de los resultados del Centro.
- Coordinación con el equipo multidisciplinario de salud y los coordinadores AUGE para el cumplimiento de las garantías de acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones que las PVVIH reciben en el Servicio de Salud en cumplimiento de la Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud.

- Participación en los Consejos Técnicos y coordinación con los Encargados/as de VIH/SIDA de la Autoridad Sanitaria para la planificación de objetivos locales y actividades asistenciales, de educación, promoción y prevención, la comunicación y evaluación de resultados.
 - Coordinación con los representantes de las redes de atención y las agrupaciones locales de PVVIH para la planificación y ejecución de actividades de educación.
 - Coordinación con CONASIDA y participación en las actividades de planificación y evaluación que el nivel central requiera.
 - Participación en instancias de coordinación de la red asistencial del Servicio de Salud correspondiente, a requerimiento de sus directivos.
 - Planificación y ejecución de actividades de capacitación para el equipo de atención VIH, a los equipos de salud que se requiera, de las redes de atención, a las familias de aquellas PVVIH que consientan a ello y a la comunidad.
 - Planificación de investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA que permita la generación de evidencia científica que sirva de base para la toma de decisiones.
 - Todas aquellas funciones que la Dirección del establecimiento le asigne.
- b) Los médicos/as tratantes del Centro tienen dependencia del jefe/a del Centro y sus funciones específicas son:
- Atención directa de PVVIH, diagnóstico y tratamiento de patologías oportunistas y no relacionadas a VIH mediante consultas programadas y de urgencia.

- Solicitud de estudios basales para el diagnóstico de infecciones latentes en pacientes nuevos.
- Profilaxis de acuerdo a normas cuando proceda.
- Solicitud de estudios complementarios y derivación a especialidades cuando proceda.
- Notificación de los casos nuevos de VIH, de los cambios de clasificación a etapa SIDA y de las defunciones.
- Educación a las PVVIH y sus familias en VIH/SIDA.
- Educación en autocuidado y prevención secundaria.
- Evaluación de los requerimientos de terapia antiretroviral en las PVVIH en control.
- Solicitud oportuna de TAR cuando proceda de acuerdo a Guía Clínica.
- Educación en adherencia y reacciones adversas a medicamentos en usuarios/as que inician TAR y su entorno cercano.
- Evaluación de adherencia, eficacia y toxicidad de las terapias mediante controles periódicos clínicos y de laboratorio de acuerdo a Guía Clínica.
- Manejo, registro y notificación de reacciones adversas y refuerzo continuo de adherencia a tratamiento.
- Solicitud de cambio de terapia y/o estudios de genotipificación en casos de fracaso o de toxicidad severa.

- Atención de pacientes hospitalizados como lo establezca la institución.
 - Ejecución de estadísticas de atención.
 - Colaboración en las funciones del jefe/a del Centro, en particular aquellas que les sean encargadas.
 - Participación en la investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA que realiza el Centro.
- c) Las enfermeros/as y/o matrón/as del Centro tienen dependencia técnica del jefe/a del Centro y sus funciones específicas son:
- Participación en la planificación de las actividades asistenciales que desarrolla el Centro.
 - Participación en el registro y supervisión de las actividades asistenciales realizadas.
 - Participación activa en la elaboración y supervisión de los registros de PVVIH en control, abandonos, fallecimientos, solicitudes de TAR y notificaciones.
 - Participación en la organización de las actividades de educación, promoción y prevención en VIH/SIDA que realiza el Centro.
 - Participación en la definición y manejo presupuestario y la medición de los indicadores de impacto y evaluación de los resultados del Centro.
 - Coordinación dentro del equipo de atención VIH y en aspectos de funcionamiento interno: citaciones, toma y derivación de exámenes, recepción de resultados, coordinación con Farmacia, área psicosocial, SOME y coordinadores AUGE.

- Coordinación con el resto del equipo de salud, redes de atención, comunidad organizada y CONASIDA.
 - Participación en la planificación y ejecución de actividades de capacitación para el equipo de atención VIH, los equipos de salud que se requiera, las redes de atención, las familias de aquellas PVVIH que consientan a ello y la comunidad.
 - Educación en autocuidado y prevención secundaria a las PVVIH a sus familias, parejas y amigos -si el usuario da el consentimiento respectivo-, para la mejoría de su calidad de vida.
 - Educación y refuerzo permanente en adherencia y reacciones adversas a medicamentos en pacientes en TAR.
 - Participación en la investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA que realiza el Centro.
 - Todas aquellas funciones que la Dirección del establecimiento les asigne.
- d) Los psicólogos/as y trabajadores/as sociales tienen dependencia técnica del jefe/a del Centro y sus funciones específicas son:
- Fortalecimiento de un trabajo conjunto y coordinado entre el equipo de atención y las agrupaciones de PVVIH, mediante compromisos explícitos de trabajo asociativo.
 - Diseño de estrategias de trabajo conjunto y coordinado, evaluación de impacto y fortalecimiento de las capacidades del equipo de salud y las agrupaciones de PVVIH.

- Capacitación y acompañamiento técnico permanente para las agrupaciones y los/as consejeros/as entre pares en las actividades de educación y consejería.
 - Planificación y organización de actividades de educación, promoción de autocuidado y mejoría en la calidad de vida, prevención secundaria, adherencia, entre otras, dirigidas a las PVVIH en control, las agrupaciones de PVVIH y la comunidad.
 - Atención de los requerimientos de apoyo psicoterapéutico individuales y de grupo.
 - Atención de los requerimientos de apoyo social: diagnóstico de realidad sociocultural de la PVVIH y su entorno, intervenciones de apoyo y tramitación de beneficios.
 - Coordinación con organizaciones sociales de apoyo para la mejoría de la calidad de vida y la realidad psicosocial de las PVVIH en control.
 - Generación de proyectos para la mejoría de la calidad de vida y la realidad psicosocial de las PVVIH en control.
 - Participación en la planificación y supervisión de las actividades del Centro.
 - Coordinación con el resto del equipo de salud, redes de atención, comunidad organizada y CONASIDA.
 - Participación en la investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA que realiza el Centro.
- e) Los químico/as – farmacéuticos/as y auxiliares paramédicos de farmacia tendrán las dependencias que les asigne el Director del

establecimiento, pero deberán tener horas asignadas a la atención VIH y sus funciones en este ámbito deberán enmarcarse dentro de la planificación de actividades que realiza el Centro de Atención VIH. Su rol es crucial para un uso racional, más seguro y costo – efectivo de los medicamentos y la calidad de vida de las PVVIH. Sus funciones específicas son la provisión de servicios farmacéuticos, la elaboración de registros e informes para el control de gestión, actividades de coordinación, planificación, capacitación e investigación.

- Provisión de servicios farmacéuticos lo que incluye diferentes actividades que abarcan desde el suministro de medicamentos, la conservación y mantención de la calidad, la seguridad y eficacia terapéutica de los medicamentos, el seguimiento y evaluación de la utilización, la obtención y difusión de información de medicamentos y la educación permanente de los demás miembros del equipo de salud, las PVVIH y la comunidad, mediante:
 - Gestión del suministro: reposición de fármacos en base a consumos actuales y proyectados mediante coordinación con CONASIDA y los laboratorios proveedores asegurando el abastecimiento continuo.
 - Cumplimiento de las normas y procedimientos sobre recepción, almacenamiento, conservación y distribución de medicamentos: evaluación de las condiciones de espacio, orden, temperatura y humedad para el almacenamiento de medicamentos utilizados en VIH/SIDA; registro de existencias, vencimientos, recepción y salida de medicamentos utilizados en VIH/SIDA en los lugares de almacenamiento de antiretrovirales; revisión periódica de las existencias en los distintos servicios clínicos, bodega central u otro lugar en que se almacenen antiretrovirales; mantención y reposición diaria del stock de medicamentos antiretrovirales y para el tratamiento de infecciones oportunistas; verificación de la rotación de las existencias;

destrucción de fármacos en mal estado o vencidos²⁰; gestión y registro de canjes o préstamos de medicamentos.

- Dispensación informada: recepción y registro de recetas; interpretación y análisis de ellas; comparación con registros de terapias asignadas por CONASIDA y con datos de perfil farmacológico; preparación de las dosis que se deben administrar en pacientes pediátricos y situaciones especiales; entrega de los medicamentos con información sobre la buena utilización de ellos.
 - Seguimiento de la farmacoterapia por evaluación del cumplimiento de las indicaciones mediante revisión de fechas de retiro de medicamentos, ausentismo, devoluciones, utilización inadecuada de los medicamentos, detección de interacción de fármacos y reacciones adversas a medicamentos.
 - Evaluación y refuerzo de la adherencia de las PVVIH a la TAR con consejería de apoyo a la adherencia a tratamiento (programas de atención farmacéutica).
 - Programas de farmacovigilancia con detección, registro, evaluación y notificación de reacciones adversas a antiretrovirales.
 - Información en medicamentos mediante el refuerzo de la educación a los usuarios/as en formas de administración, horarios, dosificaciones, interacciones, efectos adversos.
- Registro e informes para el control de gestión de medicamentos antiretrovirales y para el tratamiento de infecciones oportunistas: control de existencias; recetas y prescripciones despachadas; consumo de medicamentos; registro y comunicación al rentro y CONASIDA de PVVIH en tratamiento, ingresos, suspensiones, traslados y fallecimientos.
- Coordinación permanente con el Centro de Atención y CONASIDA.

- Colaboración con el Centro de Atención en actividades de planificación y capacitación.
- Participación en la investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA que realiza el Centro.
- Todas aquellas funciones que la Dirección del establecimiento les asigne.

VII.- ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA; EQUIPOS DE SALUD

Aún cuando se planifica que el Centro de Atención VIH cuente con los profesionales necesarios para una adecuada atención biopsicosocial de las PVVIH, la variedad de las patologías relacionadas y no relacionadas a VIH que afectan a las PVVIH requiere un manejo multidisciplinario, vale decir de las diversas especialidades de la medicina y la cirugía como también de otras profesiones de la salud por cuanto su patogenia y la de sus complicaciones frecuentes involucra compromisos de múltiples órganos y sistemas que requieren intervenciones de especialistas¹⁶. Los hospitales, CRS, CDT y CAE en general cuentan con estos especialistas, pero ellos no forman parte del equipo de atención VIH y el acceso y oportunidad de la atención son variables y dependientes, con frecuencia de mecanismos informales. En los centros que no tienen acceso a ciertas especialidades, debe establecerse un mecanismo de derivación a otros centros o incluso a otros Servicios de Salud, coordinación que es responsabilidad del Director del Servicio de Salud.

El modelo organizado de atención integral del VIH considera el establecimiento de una red formal de consulta y derivación al interior de los Servicios de Salud que garantice a las PVVIH la atención por profesionales calificados y tiempos máximos entre solicitud y asignación de horas, particularmente en urgencias, previamente definidas, en que dicho plazo no puede exceder las 48 horas. Para ello se deben asignar horas de atención VIH en especialidades o, en su defecto, un mecanismo de asignación preferente de horas a pacientes VIH en las distintas especialidades ambulatorias: cirugía, ginecología–obstetricia, coloproctología, otorrinolaringología, oftalmología, urología, dermatología, neurología, psiquiatría, gastroenterología, broncopulmonar, hematología – oncología y en otras profesiones de la salud como odontología y nutrición. Con frecuencia un profesional es designado en la especialidad para la atención de las PVVIH, sin perjuicio de la conveniencia de la adquisición de mayores conocimientos en VIH/ SIDA por todos los profesionales de las distintas especialidades. Se debe

procurar la incorporación de los especialistas a instancias de capacitación continua en VIH/SIDA. También debe existir acceso expedito y oportuno a estudios de imágenes como Radiología, Ecotomografías y Escáner.

El acceso de PVVIH a hospitalización transitoria, electiva y de urgencia y a Unidades de Pacientes Críticos con frecuencia es restringido, tardío y limitado, especialmente cuando se requieren recursos tecnológicos complejos de por sí escasos, cuando disponibles, en los hospitales públicos. El nuevo modelo considera que los Centros de Atención cuenten con acceso expedito y oportuno a hospitalización transitoria para tratamientos de menor complejidad y procedimientos como punción lumbar y biopsias, acceso expedito y oportuno a hospitalización de personas con VIH/SIDA tanto en forma electiva como de urgencia y a unidades de cuidados intensivos, aislamiento o áreas diferenciadas si la patología lo requiere. También los Centros deben tener acceso a atención domiciliaria, tratamientos ambulatorios y a hospitalización de personas en estados terminales¹⁶. La coordinación de todas estas derivaciones es responsabilidad de la Dirección del Servicio de Salud y de la Dirección de los establecimientos encargados de las diferentes prestaciones.

La infección por VIH en mujeres adultas y adolescentes requiere que los Centros de Atención cuenten con los recursos, o bien con los mecanismos de derivación adecuados, para el acceso expedito y oportuno a los controles ginecológicos preventivos periódicos y a los tratamientos médicos o quirúrgicos que se requieran para el manejo de las patologías ginecológicas, relacionadas o no relacionadas al VIH. Además, se debe contar con los mecanismos de referencia para estudio y tratamiento de los problemas reproductivos que puedan afectarlas.

En la atención de patologías de alta complejidad y difícil resolución por los Servicios de Salud mediante su capacidad instalada o la compra de servicios, se considera la acreditación de Centros de Referencia nacionales o regionales que puedan acoger la derivación de casos y dar soluciones tecnológicamente complejas.

VIII.- PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN VIH Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL

El tratamiento de la infección por VIH en adultos/as y niños/as y la prevención de la transmisión vertical del VIH debe hacerse en los Centros de Atención VIH en base a la Guía Clínica para la atención de personas adultas que viven con VIH/SIDA⁴ y Protocolos Pediátricos y de Prevención de la Transmisión Vertical⁵. Estas Guías y Protocolos se basan en la evidencia científica que demuestra la eficacia de las intervenciones recomendadas. El vertiginoso avance del conocimiento científico, los resultados nacionales del Programa de Acceso Expandido a TAR y el desarrollo de nueva modalidades terapéuticas obliga a su actualización permanente y revisión periódica.

VIII.1.- Protocolo de TAR de la infección VIH crónica en adultos (extracto de la Guía Clínica para la atención de las personas adultas que viven con VIH/ SIDA⁴ y actualización posterior).

a) Esquema de TAR en pacientes sin TAR previa: la TAR con 3 drogas constituye, en la actualidad, el estándar de manejo para personas infectadas crónicamente con VIH que se encuentran en alto riesgo de progresión y/o muerte en base a indicadores clínicos, CD4 y CV^{21,22}. Si bien existen diferentes asociaciones activas de drogas antiretrovirales, la combinación recomendada de inicio es:

- Zidovudina (AZT) – Lamiividina (3TC) - Efavirenz
- Si hay contraindicación de uso de AZT se recomienda su reemplazo por ddI
- Si hay contraindicación de uso de Efavirenz se recomienda su reemplazo por Nevirapina
- En PVVIH con Sarcoma de Kaposi agresivo se recomienda considerar el uso de Lopinavir/ Ritonavir en lugar de Efavirenz

- b) Criterios para la decisión de inicio de TAR^{4,23}: Se debe garantizar el inicio de TAR a todos los adultos con infección crónica VIH que presentan alguna de las siguientes situaciones:
- Antecedente de enfermedad oportunista de etapa C, con excepción de tuberculosis pulmonar
 - Recuento de linfocitos CD4 menor de 200 células/ mm³
 - Recuento CD4 entre 200 y 250 células/ mm³ con:
 - etapa B por Candidiasis orofaríngea, diarrea crónica, fiebre prolongada o baja de peso
y/o
 - declinación de CD4 mayor de 20 células/ mm³/ mes
y/o
 - CV > 100.000 copias/ ml.
 - En personas con CD4 menor de 100 células/ mm³, la TAR con esquema de primera línea debe iniciarse precozmente, dentro de 7 días de la solicitud
- c) Cambios de TAR: los cambios de TAR pueden obedecer a fracaso virológico primario o secundario, falta de adherencia o toxicidad y según el caso motivarán el cambio de una droga (toxicidad o adherencia) o de una o más droga (fracaso).
- Fracaso: se define como fracaso de la TAR cuando la CV a los 6 meses es mayor de 1.000 copias/ ml o bien cuando reaparece CV > 1.000 copias/ ml en dos mediciones después que se han alcanzado CV indetectables. En casos de fracaso confirmado se debe evaluar exhaustivamente la adherencia a TAR y solicitar estudio de genotipificación sin suspender la TAR. Los cambios de TAR por fracaso deben ser evaluados por el Comité Científico Asesor e incluir combinaciones de drogas de alta potencia

sugeridas en base a la historia clínica y el estudio de genotipificación

- Toxicidad o simplificación del esquema de TAR: se debe intentar identificar la(s) droga(s) responsable(s) y, si la TAR está siendo efectiva, cambiar sólo la(s) droga(s) involucrada(s).
 - Toxicidad hematológica: cambio de AZT por Abacavir
 - Toxicidad SNC: cambio de Efavirenz por Nevirapina
 - Rash cutáneo severo: cambio de Efavirenz por Lopinavir/Ritonavir o Atazanavir
- d) Solicitud de inicio o cambio de TAR²⁵: las solicitudes y esquemas de inicio o cambio de TAR o de genotipificación deben ser remitidas a CONASIDA por el médico tratante mediante los formularios diseñados para tal efecto, los que son analizados por el Comité Científico Asesor del Ministerio de Salud. El Comité Científico Asesor está conformado por médicos/as tratantes VIH/SIDA de reconocida experiencia y validados entre sus pares.
- e) Las terapias antiretrovirales deben ser monitorizadas con recuentos de CD4 y CV en forma periódica con el fin de evaluar la eficacia. Estas mediciones deben efectuarse, al menos, cada 6 meses en personas con TAR exitosa o antes si hay sospecha de fracaso. Un control precoz de CD4 y CV (3 a 4 meses desde el inicio de TAR) es recomendable especialmente en personas que inician TAR con enfermedad VIH avanzada.

VIII.2.- Protocolo de prevención de la transmisión vertical (extracto de Protocolos pediátricos y de prevención de la Transmisión Vertical⁵)

Desde 1996 se comenzaron a aplicar formalmente protocolos para la prevención de la transmisión vertical en Chile, con financiamiento estatal, con lo que la tasa de transmisión bajó desde un

30% a un 2,6% en los casos que recibieron protocolo completo y la evidencia científica muestra que puede reducirse aún más hasta alcanzar tasas de transmisión vertical del orden del 1%. En la actualidad más del 90% de los casos de adquisición vertical se da en hijos de madres no diagnosticadas durante el embarazo³. El nuevo modelo considera la oferta universal de detección del VIH en embarazadas mediante test de Elisa o tests rápidos para diagnóstico al momento del trabajo de parto. La cobertura asistencial del parto de un 99,6% en Chile permitiría lograr un elevado nivel de cobertura diagnóstica y reducir sustancialmente la tasa de transmisión vertical.

El protocolo de prevención de la transmisión vertical incluye^{5,25}:

- Coordinación expedita entre el nivel primario, los Centros de Atención VIH y el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico para la derivación, control y tratamiento de las embarazadas VIH+.
- Evaluación clínica, inmunológica y virológica de las embarazadas VIH+.
- Diagnóstico y tratamiento de las infecciones génitourinarias de la embarazada.
- Profilaxis de la transmisión intrauterina por medio de la administración de fármacos antiretrovirales a la embarazada desde el segundo trimestre de gestación con consejería previa, o bien de la continuación o ajuste de la TAR en mujeres que recibían antiretrovirales en forma previa a su embarazo.
- Cesárea programada a las embarazadas VIH+.
- Administración profiláctica de ARV endovenosos a la madre durante la cesárea.
- Administración profiláctica de ARV a recién nacidos de madres VIH+.

- Suspensión de la lactancia materna y entrega de sustitutos de la leche materna por 6 meses en la farmacia del hospital en que se controla el recién nacido.

VIII.3.- Protocolo de TAR de la infección VIH en niños/as (extracto de Protocolos pediátricos y de prevención de la Transmisión Vertical⁵ y actualización posterior).

La atención de los niños/as infectados por VIH se enmarca dentro de las mismas características generales del modelo y requiere características físicas y dotación de recursos humanos, capacitación y organización de funciones similares al modelo general, sin embargo los profesionales, horas asignadas y funciones específicas deberán ser adaptadas, en cada centro, a las complejidades propias de la atención pediátrica. En particular se debe procurar la articulación de las redes de atención para el adecuado cumplimiento de los programas de prevención de la Transmisión Vertical, de los programas de vacunación, alimentación complementaria³ u otros. Adquiere máxima importancia el apoyo psicológico a madres, padres, cuidadores(as), niños/as y adolescentes en la comunicación del diagnóstico, el manejo multidisciplinario y el traspaso a la atención por centros VIH de adultos/as cuando los niños/as alcanzan esta edad.

Las recomendaciones de tratamiento están contenidas en los Protocolos Pediátricos⁵.

Deben recibir TAR:

- Menores de 3 meses: se recomienda TAR en todos los niños/as menores de 3 meses independientemente de la condición clínica y los parámetros inmunológico y virológicos, excepto categorías N o A con CD4 altos y CV bajas. Algunos expertos consideran que se debe iniciar TAR en todos los niños/as menores de 1 año, especialmente si hay factores de riesgo de progresión rápida

- Niños/as de 3 meses a 3 años: se recomienda TAR en todos los niños/as que presenten alguna de las siguientes condiciones:
 - Categorías clínicas C, independiente de CD4 y CV
 - Categoría inmunológica 3, independiente de clínica y CV
 - Etapa B2 con CV alta y CD4 bajo 25 – 20%
 - Además considerar tratamiento en etapa B1 si CV es alta y en etapas N2 y A2 si CV es alta y CD4 menor de 25n– 20%
- Mayores de 3 años: deben iniciar TAR los/as niños/as mayores de 3 años que presenten alguna de las siguientes condiciones:
 - Manifestaciones clínicas indicadoras de etapas C
 - Deterioro inmunológico etapa 3
 - Etapa B2 con CV alta y CD4 en riesgo.

Para inicio de TAR se recomienda alguno de los siguientes esquemas:

- AZT – 3TC
- AZT – ddI
- d4T – 3TC
- Abacavir – 3TC

Las opciones de tercera droga son:

- Efavirenz en niños/as mayores de 3 años
- Nevirapina en suspensión en niños/as menores de 3 años
- Nelfinavir, Ritonavir o Lopinavir/ Ritonavir en suspensión

IX.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN, EVALUACIÓN E INDICADORES

La calidad de la atención implica múltiples aspectos, sin embargo, con fines operativos se propone centrarlos en la toma de decisiones, evaluación de los procesos y monitoreo de los resultados (control de calidad)⁹.

IX.1.- Toma de decisiones

La evidencia científica debe ser la base para la toma de decisiones. El modelo considera la utilización de la evidencia en ámbitos tan diversos como la formulación de políticas, planificación de servicios, destinación de recursos y el manejo clínico y psicosocial de las condiciones crónicas como, el VIH/SIDA. Los niveles de aplicación de la evidencia son:

- Individual: uso de la medicina basada en la evidencia científica, la epidemiología clínica y técnicas de evaluación en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- Asistencial: uso de la evidencia en la medición de la eficacia de los recursos utilizados, atención ambulatoria versus hospitalaria, días/ cama, estudios complementarios, evaluación tecnológica.
- Gestión de unidad: se basa en mediciones de costos, gestión de recursos, dotación y características de los Recursos Humanos, motivación, capacitación, organización. Utiliza presupuestos y sistemas de evaluación de costos.
- La toma de decisiones clínicas y de gestión se optimizan al ser guiadas por la evidencia adecuadamente explicitada en Guías o Protocolos.

- Las Guías y Protocolos deben ser actualizados periódicamente en base a revisiones sistemáticas de la literatura en las que se incluya la evidencia científica nacional^{27,28,29}.

IX.2.- Control de calidad.

El control de calidad asegura la óptima utilización de los recursos destinados y que el resultado de las acciones en las PVVIH es el mejor posible dentro de las limitaciones. Requiere, por ende, la medición del impacto de las acciones y los recursos utilizados en su obtención³⁰, como también la percepción de los/as receptores/as de la atención³¹, con resguardo de la confidencialidad. El modelo considera evaluaciones periódicas en los Centros de Atención VIH del cumplimiento y adhesión a las normas de tratamiento y prevención de la transmisión vertical del VIH, de los recursos utilizados y costos incurridos para la evaluación de la eficiencia de la gestión, el seguimiento en el tiempo del impacto del Programa de Acceso Expandido a TAR con evaluaciones periódicas de morbilidad, mortalidad, eficacia virológica, inmunológica y clínica, reacciones adversas a medicamentos, entre otros. Los resultados de las evaluaciones de calidad y en particular de las mediciones de impacto serán evaluados en forma continua por el nivel central y la Autoridad Sanitaria Regional.

Se propone establecer un proceso de acreditación formal para los Centros de Atención VIH con parámetros de acreditación que ya han sido propuestos³². Los estándares para los procesos de acreditación, en etapa de definición por el Ministerio de Salud, incluyen:

- a) La provisión de servicios de la mayor seguridad posible con definición de responsabilidades, procesos de supervisión y evaluación.
- b) La evaluación de la suficiencia y calidad del equipamiento e insumos.

- c) La evaluación de la calidad y seguridad de los Servicios de Apoyo, los laboratorios inmunológico, virológico y de genotipificación, así como de los medicamentos utilizados en el tratamiento del VIH.
- d) La certificación profesional de los proveedores/as de la atención y el cumplimiento de los requisitos de capacitación continua.
- e) La existencia de un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y estadísticos que permita el adecuado seguimiento de la evolución de los/as usuarios/as.
- f) La existencia de un sistema de evaluación del cumplimiento de la oportunidad de la atención y la priorización por gravedad.
- g) La evaluación del cumplimiento de los aspectos técnicos de la atención asociados a mayor riesgo.
- h) La existencia de programas de prevención de riesgos de funcionarios y usuarios/as, en particular eventos adversos, reclamos de los usuarios/as, exposiciones ocupacionales, entre otros.
- i) La existencia de un sistema de evaluación de los resultados, clínicos y de gestión, de acuerdo a los objetivos.
- j) La mantención de las condiciones de seguridad del edificio e instalaciones, así como de los procesos, a lo largo del tiempo.

Estas acreditaciones serán efectuadas según las definiciones contenidas en la Reforma de la Salud.

IX.3.- Indicadores

Se propone la implementación y monitoreo de indicadores relativamente simples y que, por medir diferentes etapas de los procesos de atención, den una idea global del funcionamiento del modelo. Los indicadores diseñados son:

- Acceso: todo niño/a o adulto/a que vive con VIH/SIDA con indicación de TAR tendrá acceso a tratamiento con drogas antiretrovirales y a los cambios de esquema terapéutico, previa evaluación por el Comité Científico Asesor de CONASIDA de acuerdo a las garantías establecidas en la Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud y sus Decretos y Reglamentos respectivos.
- Acceso: prevención de la transmisión vertical a la totalidad de los embarazos de mujeres VIH positivas desde el segundo trimestre de gestación o en el momento del diagnóstico de su condición VIH+ si es posterior y a todos los recién nacidos²⁵ de acuerdo a las garantías establecidas en la Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud y sus Decretos y Reglamentos respectivos.
- Oportunidad: tiempos máximos de inicio o cambio precoz de TAR desde la solicitud hasta la llegada efectiva de los medicamentos al centro²⁵, en casos previstos en la Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud y sus Decretos y Reglamentos respectivos.
- Oportunidad: tiempos máximos de inicio o cambio de TAR desde la solicitud hasta la llegada efectiva de los medicamentos al centro²⁵, en casos previstos en la Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud y sus Decretos y Reglamentos respectivos.

X.- BIBLIOGRAFÍA

1. Proyecto de Ley: “Régimen de Garantías en Salud”. 2003.
2. Diario Oficial 24 febrero de 2004. “Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión Nº 19.937”.
3. CONASIDA. “Situación de la Atención Integral del VIH en Chile”. Noviembre 2003.
4. CONASIDA, Comité Científico Asesor, Comité Consultivo de SIDA Sociedad Chilena de Infectología. “Guía Clínica para la atención de personas adultas que viven con VIH/SIDA”. Octubre 2001.
5. Comité de SIDA pediátrico. “Protocolos pediátricos y de prevención de la Transmisión Vertical”. 2003.
6. Diario Oficial 14 diciembre de 2001. “Ley del SIDA Nº 19.779”
7. CONASIDA. “Encuentro Nacional de Equipos Tratantes a PVVIH en Servicios de Salud”. 24 – 25 Noviembre 2003.
8. Fondo Global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria; VIVO Positivo. “Diagnóstico y sistematización de la demanda de personas viviendo con VIH/SIDA y requerimientos de los equipos de salud tratantes en el Sistema Público de Salud”. Junio 2004.
9. Ministerio de Salud. “Hacia un nuevo modelo de gestión en salud”. Junio 2002.
10. Ministerio de Salud. “Objetivos sanitarios y modelo de salud para la década 2000 – 2010”. Enero 2002.
11. CONASIDA. “Boletín Epidemiológico del VIH/SIDA”. Diciembre de 2003.

12. Comité de SIDA pediátrico. “Transmisión vertical en Chile”. 2003.
13. Organización Panamericana de la Salud. “Innovaciones en la atención: afrontar el desafío de las condiciones crónicas. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio”. 2002; 39 – 64.
14. World Health Organization. Report of a WHO Consultation 5 – 6 December 2002. Partnership work: the health service – community interface for the prevention, care and treatment of HIV/ AIDS. 2003; 10 – 32.
15. CONASIDA. Encuesta: “Información sobre recursos y actividades dirigidas a VIH/SIDA en adultos”. 2003.
16. Comité Consultivo de SIDA Sociedad Chilena de Infectología. “Propuesta de acreditación de los Centros de Atención VIH/ SIDA”. 2003.
17. Smith S, Rublein J, Marcus C, Brock T, Chesney M. “A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. Patient Educ Couns” 2003; 50:187-99.
18. Gifford AL, Laurent DD, Gonzales VM, Chesney MA, Lorig KR. “Pilot randomized trial of education to improve self-management skills of men with symptomatic HIV/AIDS. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviral” 1998; 18:136-44.
19. Smith S, Robinson J, Hollyer J, Bhatt R, Ash S, Shaunak S. “Combining specialist and primary health care teams for HIV positive patients: retrospective and prospective studies. BMJ”. 1996; 312: 416-20.
20. Ministerio de Salud. “Organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en hospitales del SNSS”. 1999.

21. Pozniac A, Gazzard B, Babiker A, et al. "British HIV association (BHIVA) guidelines for the treatment of HIV infected adults with antiretroviral therapy". 2001.
22. Fauci A, Bartlett J, Goosby E, et al. for the Department of Health and Human Services (DHHS). "Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. 2002".
23. Phillips AN, Cozzi Lepri A, Lampe F, et al. "When Should antiretroviral therapy be started for HIV Infection? Interpreting the evidence from observational studies. AIDS". 2003; 17:1863-1869.
24. Mellors J, Rinaldo C, Gupta P, et al. "Prognosis in HIV – infection predicted by the quantity of virus in plasma". Science 1996; 272: 1167 – 1170.
25. CONASIDA. "VIH/SIDA en adultos. AUGE". Diciembre 2003.
26. Centers for Disease Control and Prevention. "1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults". MMWR 1992; 41: 1 – 9.
27. Grupo SIDA Chile – CONASIDA, Beltrán C., Wolff M., Barthel E., Ripoll E., Gallo C., Vasquez P. "Tuberculosis y otras micobacterias en Chile en la era de las terapias antiretrovirales de alta eficacia" presentado en el XX Congreso Chileno de Infectología. 2003.
28. Grupo SIDA Chile – CONASIDA, Beltrán C., Wolff M., Gallardo D., Wachter D., Arredondo A. "Resultados a 6 meses del programa de acceso expandido a terapia antiretroviral en 25 hospitales chilenos" presentado en el XX Congreso Chileno de Infectología. 2003.

29. Vasquez P, Beltrán C, Gallardo D, Bustos M, Chilean AIDS Study Group, CONASIDA. “Efficacy of HAART in patients with extremely advanced HIV disease in a middle income country. Chilean AIDS Cohort”, presentado como Late Breaker en el 9º Congreso Europeo de SIDA, Polonia, Octubre 2003.
30. FUNSALUD – SIDALAC. “Estudio de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA”.. 2001-2002.
31. ANRS, Ministerio de Salud, Grupo Nous. “El proceso de expansión de acceso a tratamientos antiretrovirales en Chile: una aproximación interdisciplinaria”. Informe de la iniciativa Onusida CONASIDA de acceso a fármacos. 2003; 125 – 143.
32. Ministerio de Salud. “Propuesta de estándares de acreditación”. Octubre 2004.

COMITÉ ELABORADOR

COORDINADOR:

Dr. Carlos Beltrán Buendía.
Comisión Nacional del SIDA.
Ministerio de Salud.

PARTICIPANTES:

DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS:

Dr. Marcelo Wolff Reyes.
Sociedad Chilena de Infectología, Comité Consultivo SIDA.

Dra. María Isabel Galaz Letelier.
Dra. Carmen Larrañaga Larrañaga.
Sociedad Chilena de Pediatría, Comité Nacional de SIDA Pediátrico.

DEL MINISTERIO DE SALUD Comisión Nacional del SIDA Área Atención Integral

Dra. Anabella Arredondo Paz.
E.U. Gloria Berrios Campbell.
Psc. Humberto Hernández Careaga.
Q.F. María Eugenia Fernández Romero.
E.U. Irma Acevedo Marambio.
Soc. Rodrigo Lagos Gómez.

División de Gestión de la Red Asistencial Departamento de Modelos de Atención

Dra. Adriana Fuenzalida Risopatrón.

DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dra. Patricia Vásquez Toriello,
CDT Prof. Rodolfo Armas Cruz
Hospital San Juan de Dios.
Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

E.U. María Teresa de Mateo Gómez,
Centro de Atención en VIH,
Hospital Dr. Carlos Van Buren.
Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

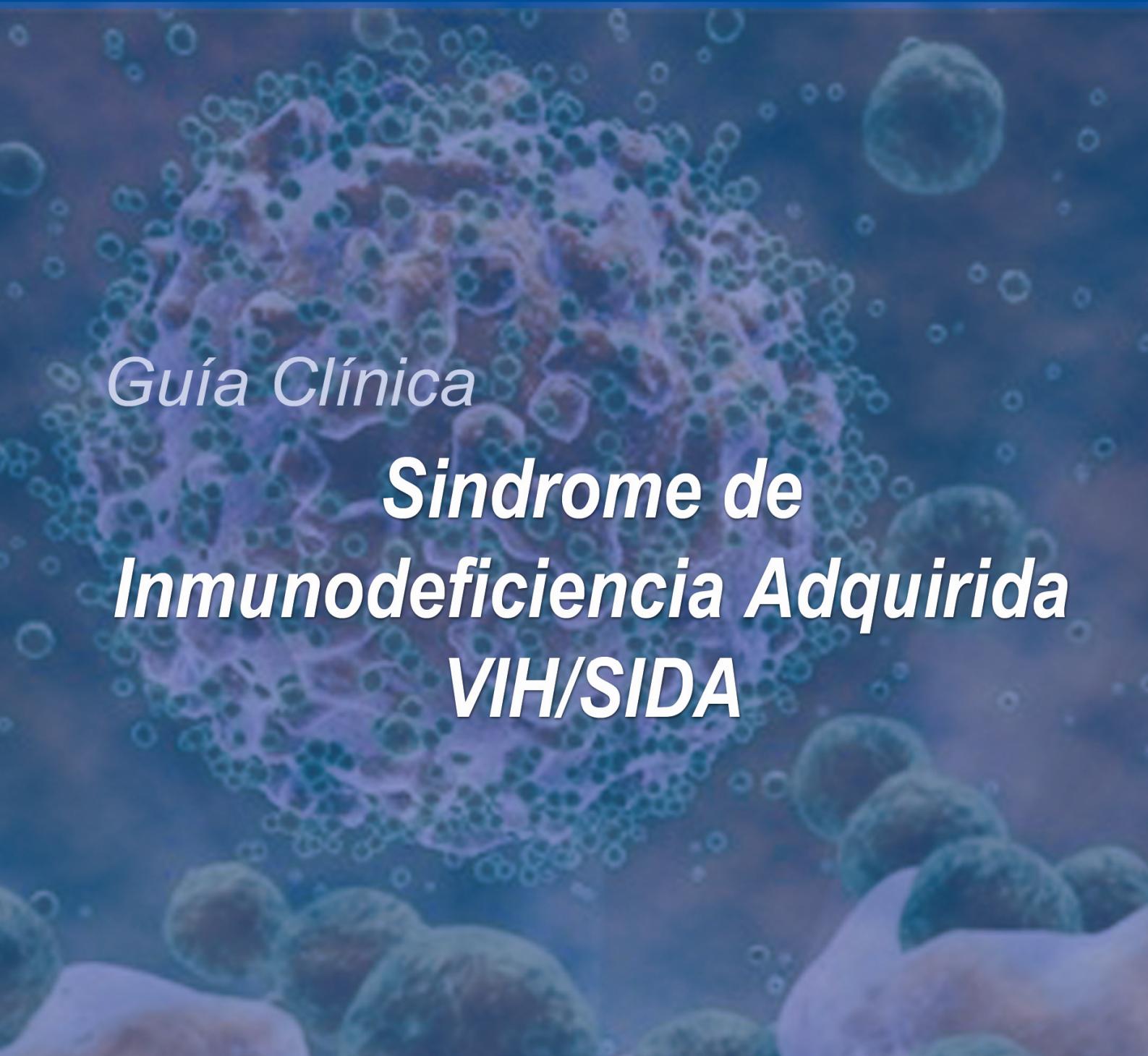
E.U. Sylvia Gómez Rodríguez,
Centro de Atención,
Hospital Dr. Gustavo Fricke.
Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

Q.F. Llun Lin Lay Won,
CDT Dra. Eloisa Díaz.
Servicio de Salud Metropolitano Norte.

ANEXO COMPLEMENTARIO 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



Guía Clínica
**Síndrome de
Inmunodeficiencia Adquirida
VIH/SIDA**

SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL
2009

Guía Clínica 2009 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
VIH/SIDA.
Santiago: MINSAL, 2009.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

ISBN:

Fecha de publicación:

ÍNDICE

CAPITULO I. PROCESO DIAGNÓSTICO DEL VIH.....	6
PROCESO DIAGNÓSTICO DEL VIH.....	6
Diagnóstico.....	7
Procesos relevantes para la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH.....	8
1. Hitos del proceso.....	10
Consentimiento informado	14
Consejería asociada al examen de detección del VIH.....	15
CAPITULO II: TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PARA PERSONAS ADULTAS Y PREVENCION DE LA TRANSMISION VERTICAL.....	17
Glosario de términos.....	17
1.- INTRODUCCIÓN.....	19
1.1. Descripción y Epidemiología	19
1.2. Alcance de la Guía.....	21
a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la Guía.....	21
b. Usuarios	21
c. Declaración de intención.....	21
2.- OBJETIVOS	22
3.- RECOMENDACIONES.....	23
3.1. Problemas abordados	23
3.1.1. Tratamiento antiretroviral en adultos	23
3.1.2. Prevención de la transmisión vertical del VIH	23
3.2. Problemas abordados, síntesis de la evidencia, recomendaciones y nivel de evidencia	24
3.2.1. Tratamiento antiretroviral en adultos	24
a. Exámenes basales, monitoreo de pacientes sin TAR y en terapia.....	24
b. Manejo de la infección primaria	25
c. Cuando iniciar TAR.....	26
d. Con qué iniciar TAR	29
e. Qué antiretrovirales o combinaciones no usar.....	32
f. TAR en situaciones especiales	33
1. Mujeres en edad fértil	33
2. Pacientes en tratamiento antituberculoso	34
3. Pacientes con coinfección con virus hepatitis	36
4. Nefropatía asociada a VIH.....	39
5. Otras condiciones asociadas a VIH	39
g. Interrupciones de TAR.....	39
h. Uso de test de resistencia.....	40
i. Cambio de TAR por fracaso.....	42
j. Cambio de TAR por toxicidad	45
3.1.2. Prevención de la transmisión vertical del VIH	49
a) Qué exámenes efectuar en embarazadas y cuándo derivar.....	49
1. Diagnóstico VIH:	49
2. Etapificación VIH:	50
b) Cuándo iniciar TAR	52
c) ¿Con qué iniciar TAR?	53
1. ¿Qué combinación de análogos de nucleósidos usar?.....	53
2. ¿Qué tercera droga usar?	53
d) Monitoreo de la embarazada en TAR	54
e) ¿Qué antiretrovirales o combinaciones no usar durante el embarazo?.....	54
f) Vía del parto.....	56
g) Antiretrovirales durante el parto o cesárea.....	57
h) Lactancia materna.....	58

i) Antiretrovirales al recién nacido	58
j) ¿Qué hacer en diferentes escenarios?	59
4.- IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA	65
4.1 Situación de la atención del VIH/ SIDA en Chile y barreras para la implementación de las recomendaciones	65
4.1.1 Organización de las redes de atención.....	65
4.1.2 Barreras a la implementación	66
4.2 Diseminación	66
4.3 Evaluación de cumplimiento.....	66
4.3.1 Indicadores de proceso.....	66
4.3.2 Indicadores de resultados	67
5.- DESARROLLO DE LA GUÍA.....	68
5.1 Grupo de trabajo.....	68
5.2 Declaración de conflictos de interés	69
5.3 Revisión de la evidencia	70
5.4 Formulación de recomendaciones.....	71
5.5 Validación de la Guía.....	71
5.6 Vigencia y actualización.....	71
ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE LAS ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR VIH	72
ANEXO 2. CLASIFICACIÓN CDC 1993	73
ANEXO 3. LISTADO DE ARV DISPONIBLES PARA PVVIH ADULTOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	74
ANEXO 4. PRINCIPALES TOXICIDADES DE LOS ANTIRETROVIRALES	75
ANEXO 5. AJUSTE DE DOSIS DE LOS ANTIRETROVIRALES EN INSUFICIENCIA RENAL..	77
ANEXO 6. CLASIFICACIÓN DE ARV EN EMBARAZO, CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES DE USO.....	78
ANEXO 7. RED DE ATENCIÓN VIH/ SIDA EN EL SISTEMA PÚBLICO.....	80
BIBLIOGRAFÍA ADULTOS Y PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL	81
CAPÍTULO III: TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	89
ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	89
1. INTRODUCCIÓN	91
1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud	91
1.2 Alcance de la guía	92
a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía	92
b. Usuarios a los que está dirigida la guía.....	93
1.3 Declaración de intención	93
2. OBJETIVOS	94
2.1. ANTECEDENTES.....	94
2.2. RECOMENDACIONES	96
2.2.1.- Inicio de TAR	96
2.2.2.- ¿Con qué esquema iniciar?	99
2.2.3.- Monitorización de la TAR (Tabla N° 6).	102
2.2.4.- Cambio de TAR	104
2.2.4.A.- Causas de cambios de TAR	104
2.2.4. A.1.- Cambios por toxicidad a ARVs	104
2.2.4.A.2.- Cambios de TAR por Falla de Tratamiento.....	105
2.2.4.A.2.a- Falla Virológica.	106
2.2.4.A.2.b- Falla inmunológica.....	107
2.2.4.A.2.c.- Falla Clínica.	108
2.2.4.B.- Evaluación de la falla de la TAR	110
2.2.4.C.- Manejo subsecuente de la falla de tratamiento	110
2.2.4.C.1-Cambio de TAR	111
2.2.4.C.1.a- Objetivos de la nueva TAR:.....	111
2.2.4.C.1.b- Criterios para elegir el nuevo régimen:	111
2.2.4.C.2- Recomendaciones para Cambio de TAR (Tabla N°7) (156-164).	112

Guía Clínica 2009 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA

2.2.4.C.3.- Recomendaciones para Cambio de TAR en niños con fracaso a regímenes múltiples (tablas N°7 y 8)	112
2.2.5.- Interrupción o suspensión definitiva de la TAR.....	114
Tabla N°1. Clasificación CDC 1994 Para Menores De 13 Años.....	115
Tabla N°2. Manifestaciones De Etapa B A Considerar Para Inicio De TAR En Niños En Chile, 2009	117
Tabla N°3. Parámetros Inmunológicos y Virológicos decisivos en inicio TAR en Niños, en Chile, 2009 Secretaría	117
Tabla N°4. Graduación Toxicidades Específicas	118
Tabla N°5. Factores a tomar en cuenta para iniciar o considerar inicio de TAR	122
Tabla N°6. Esquema Mínimo para Monitorear TAR en Niños y Adolescentes	123
Tabla N°7. Recomendaciones para cambio de TAR en caso de Falla de Tratamiento....	124
Tabla N°8. Estrategias a Considerar para Tratamiento de Niños Experimentados en TAR con Pocas Opciones de Tratamiento Activos Disponibles	125
Tabla N° 9. Listado De ARV Disponibles Para Niños En El Sistema Público De Salud ...	126
Tabla N° 10. ARV Aprobados Para Terapia VIH En Niños.....	127
BIBLIOGRAFIA CAPÍTULO III	128
GRUPO DE TRABAJO	138

CAPITULO I. PROCESO DIAGNÓSTICO DEL VIH

PROCESO DIAGNÓSTICO DEL VIH

En este capítulo, se presenta un resumen del proceso de detección y diagnóstico, extraído del “Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH” elaborado por Ministerio de Salud.

A nivel mundial, en 1985 se desarrollaron las primeras pruebas para detectar anticuerpos contra el VIH y se comenzaron a utilizar en los productos sanguíneos en EEUU y Japón. En la actualidad, se usan de un modo rutinario en los laboratorios de microbiología clínica y en los bancos de sangre o centros de transfusiones en varios países del mundo. El test ELISA (Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay- Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas), ha sido el más utilizado para la detección de anticuerpos anti-VIH que el organismo genera como respuesta a la infección.

Los tamizajes para VIH son altamente sensibles, detectan mínimas cantidades de anticuerpos, por lo que pequeñas interferencias de substancias similares podrían conducir a un resultado falso positivo, cuya probabilidad es mayor cuanto más baja es la prevalencia del VIH en la población estudiada. Por ello, es obligatorio que los exámenes con resultados positivos sean repetidos para reafirmar la positividad. Cuando la positividad se repite, se confirman los resultados con otras técnicas de alta especificidad, usualmente con técnicas de Inmunoblot o Inmunofluorescencia indirecta (IFI). Además, se debe solicitar una segunda muestra de sangre para confirmar la identidad del paciente y evitar posibles equivocaciones en la manipulación de las muestras de sangre o suero que conduzcan a confusión de los resultados entre una persona y otra.

Internacionalmente se ha establecido un periodo de 3 meses después de adquirido el virus como el periodo de tiempo en que la mayoría de las personas desarrollan anticuerpos antiVIH detectables¹ por el examen. A este tiempo se le denomina Período de Ventana y es el que transcurre desde que una persona adquiere el VIH hasta que el organismo crea los anticuerpos, suficientes para ser detectados por el examen.

En Chile, la detección del VIH se hace principalmente a través de un examen de tamizaje que puede efectuarse en establecimientos de salud de atención abierta o cerrada del sistema público o privado de salud. Está establecido que este examen debe ser voluntario, confidencial y acompañado de consejería².

El examen se puede realizar en el sector público en:

- Establecimientos de atención primaria
- Centros ambulatorios de especialidad
- Hospitales

¹ www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a1.htm.

² Ley 19.779 y Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia humana, Decreto N° 182 de 2005

El examen se puede realizar en el sector privado en:

- Clínicas
- Laboratorios clínicos
- Mutuales
- Centros médicos
- Fundaciones
- Hospitales clínicos universitarios
- Hospitales institucionales
- Organismos no gubernamentales (ONG) que cumplen con los requisitos normativos para toma de exámenes.

Diagnóstico

La infección por VIH se asocia en todas sus etapas con una intensa replicación viral, principalmente en linfocitos y macrófagos. Los mecanismos inmunológicos permiten neutralizar los nuevos viriones y regenerar las células inmunes que se destruyen aceleradamente, lográndose un equilibrio entre la cantidad de virus circulante, carga viral (CV), y el sistema inmunológico, medido habitualmente como recuento de linfocitos CD4. De esta manera, la persona infectada se mantiene asintomática (etapa A). Sin embargo, después de un período variable de tiempo se rompe este equilibrio, la CV comienza a aumentar y los recuentos CD4 declinan progresivamente. El deterioro inmunológico permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores, con lo que se llega a las etapas B y C (SIDA) y a la muerte en un tiempo variable de no mediar tratamiento.

La detección de la infección por VIH se basa en exámenes sanguíneos estándar, como la prueba de anticuerpos para VIH, si estos resultan reactivos, el Instituto de Salud Pública realiza métodos diagnósticos suplementarios más específicos que permiten confirmar el diagnóstico serológico³.

Aproximadamente, un 55% de los tamizajes reactivos que ingresan al Instituto de Salud Pública, Laboratorio de Referencia Nacional para la confirmación, son confirmados como positivos y alrededor de un 66% de éstos corresponde a exámenes provenientes del sector público. La tasa poblacional de exámenes de VIH positivos confirmados por el ISP se mantuvo relativamente estable entre 1999 y 2004 (12,9 a 12 por 100.000 hab.) Entre 2005 y 2007 aumentó de 12,2 a 14,2.

Después de que el paciente es confirmado como VIH + por el ISP, y realizada la prueba de identidad, procede la determinación de la fase del VIH en la cual se encuentra el paciente —la etapificación. Para ello, el profesional médico realiza un análisis integral del paciente, que considera la evaluación clínica y la medición de los CD4, la carga viral, así como otros exámenes complementarios.

En nuestro país los primeros casos de SIDA fueron diagnosticados y notificados hace 25 años. Desde esa fecha hasta diciembre del año 2008, los casos reportados al sistema de vigilancia alcanzaron a 9.193 casos de SIDA y 10.767 infecciones VIH.

³ Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 y Norma Técnica Vigilancia de Laboratorio, de 2006, Instituto de Salud Pública.

Procesos relevantes para la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH.

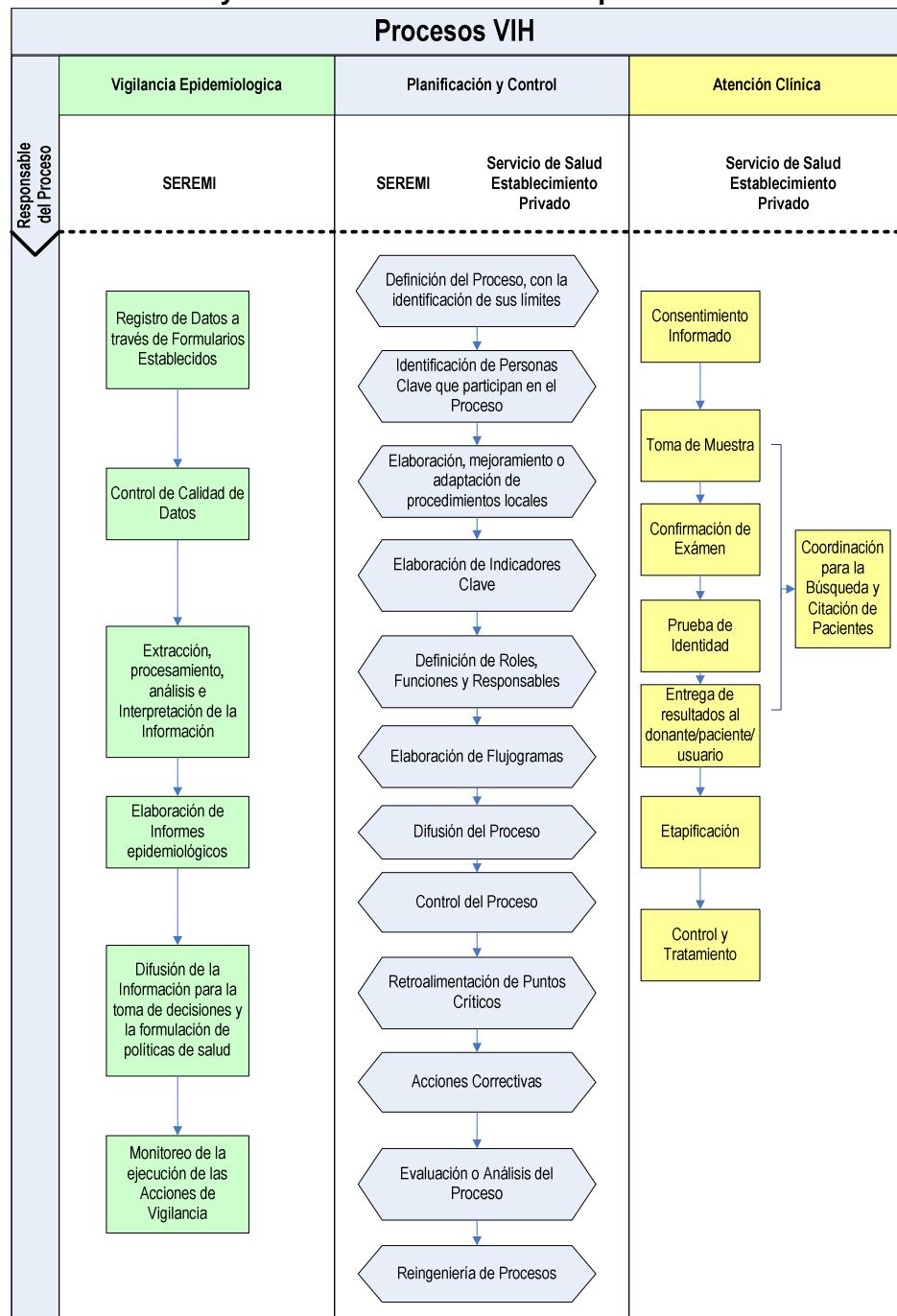
En la detección, diagnóstico, control y tratamiento de la infección por VIH se identifican tres procesos fundamentales. (ver ilustración 1)

El proceso de atención, que sigue a las acciones realizadas al usuario — paciente o donante— a lo largo de la red de atención pública y privada.

El proceso de vigilancia epidemiológica, que corresponde a la recolección sistemática, al seguimiento, el análisis y la interpretación de los datos, sobre eventos de salud (en este caso el VIH) o condiciones relacionadas, para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de las acciones de salud, con el fin de lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control.

El proceso de planificación, desde el cual se asegura la instalación y desarrollo de los procesos de atención y vigilancia epidemiológica, permitiendo monitorear y evaluar la oportunidad y calidad de la atención, en lo individual, y el impacto sobre el curso de la epidemia de VIH/SIDA, en lo colectivo.

Ilustración Nº 1 Procesos relevantes para la detección, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH



Proceso de atención clínica para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA.

Nos referiremos al proceso de atención clínica, identificando las especificidades y considerando cada una de las probables puertas de entrada y los tipos de usuarios o grupos de interés que ingresan a través de ellas.

Una de las premisas básicas para que una persona pueda realizarse el test de detección del VIH es la **voluntariedad** de dicha decisión. Supone considerar el impacto que el resultado tendrá en la vida del individuo, por lo cual debe ser un acto voluntario, una decisión personal tomada sobre la base de información consistente, actualizada y con evidencia científica. Se debe tener en consideración algunos elementos éticos y técnicos para que el proceso se realice de una manera que garantice el ejercicio de la ciudadanía y el respeto por la persona.

Asimismo, es necesario que el sistema de salud resguarde los principios de voluntariedad, confidencialidad de la información, confiabilidad del examen, eficacia en la referencia a los centros responsables de la atención y tratamiento de la red de atención pública o privada y acceso oportuno a control y tratamiento.

Así, en el proceso de diagnóstico confluyen los usuarios y el sistema de salud. Desde esta perspectiva, se trata de un proceso con responsabilidades compartidas, en el cual el sistema debe proporcionar el acceso oportuno al diagnóstico, la atención, control y tratamiento y la persona debe comprometerse a retirar e informarse de los resultados de su examen, a asistir a los controles médicos y mantenerse adherente a los tratamientos.

1. Hitos del proceso

El flujo habitual se inicia en el momento que se realiza la solicitud u oferta del examen de detección del VIH al usuario/paciente⁴ y termina con la entrega de la información del resultado del examen a dicha persona y la derivación al centro de atención correspondiente para la etapificación e ingreso a control y tratamiento si corresponde.

La solicitud del examen debe quedar registrada en la ficha clínica y la orden de examen debe consignar los siguientes datos:

Datos de origen

- Fecha de emisión de la orden
- Servicio de Salud y establecimiento de origen de la orden
- Especialidad de origen de la orden

Datos clínicos⁵

Identificación de la prestación requerida

⁴ Usuario: se refiere a una persona que solicita el examen de detección del VIH por iniciativa propia en un establecimiento de salud.

Paciente: se refiere a cualquier persona que está en control ambulatorio por alguna causa en establecimientos de salud o que se encuentra hospitalizado en algún servicio clínico de un establecimiento de atención cerrada.

⁵ Decreto N° 433 de 1993, del Ministerio de Salud, Reglamento de Laboratorios Clínicos

Datos del usuario/paciente

- RUN
- Nombres, apellido paterno, apellido materno
- N° de ficha clínica
- Clave o código de identificación del usuario/paciente

Datos profesional solicitante⁶

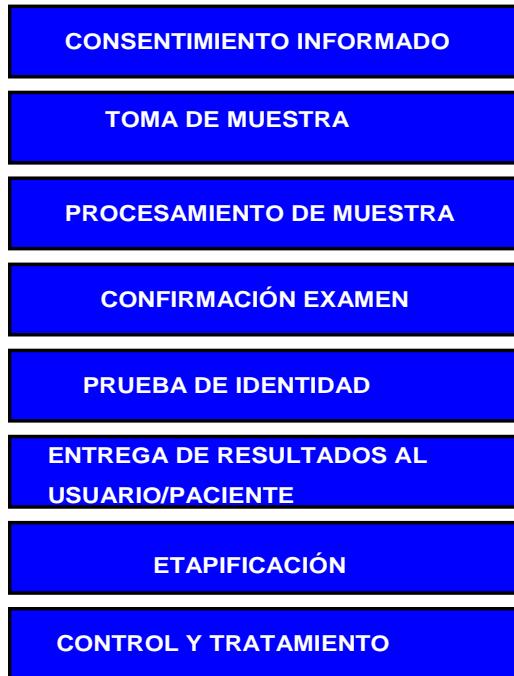
- Nombres, apellido paterno, apellido materno profesional solicitante
- RUN profesional solicitante

En el caso de los donantes⁷ que son confirmados por el Instituto de Salud Pública como positivos, entran al mismo proceso asistencial.

En el siguiente cuadro se muestran los hitos más importantes del proceso de atención clínica, los cuales serán analizados en detalle en este documento.

Un **hito** es un hecho clave y fundamental dentro de un proceso, es un punto de control intermedio antes de que el proceso finalice. Asimismo, un **HITO** tiene asociadas diferentes actividades necesarias para el cumplimiento del proceso.

Los hitos que se grafican en la Ilustración han sido identificados como puntos críticos para la continuidad de la atención del usuario/paciente. Por ello se han establecido como tales, entendiendo que para su cumplimiento cabal se requiere de todas las acciones asociadas al mismo.

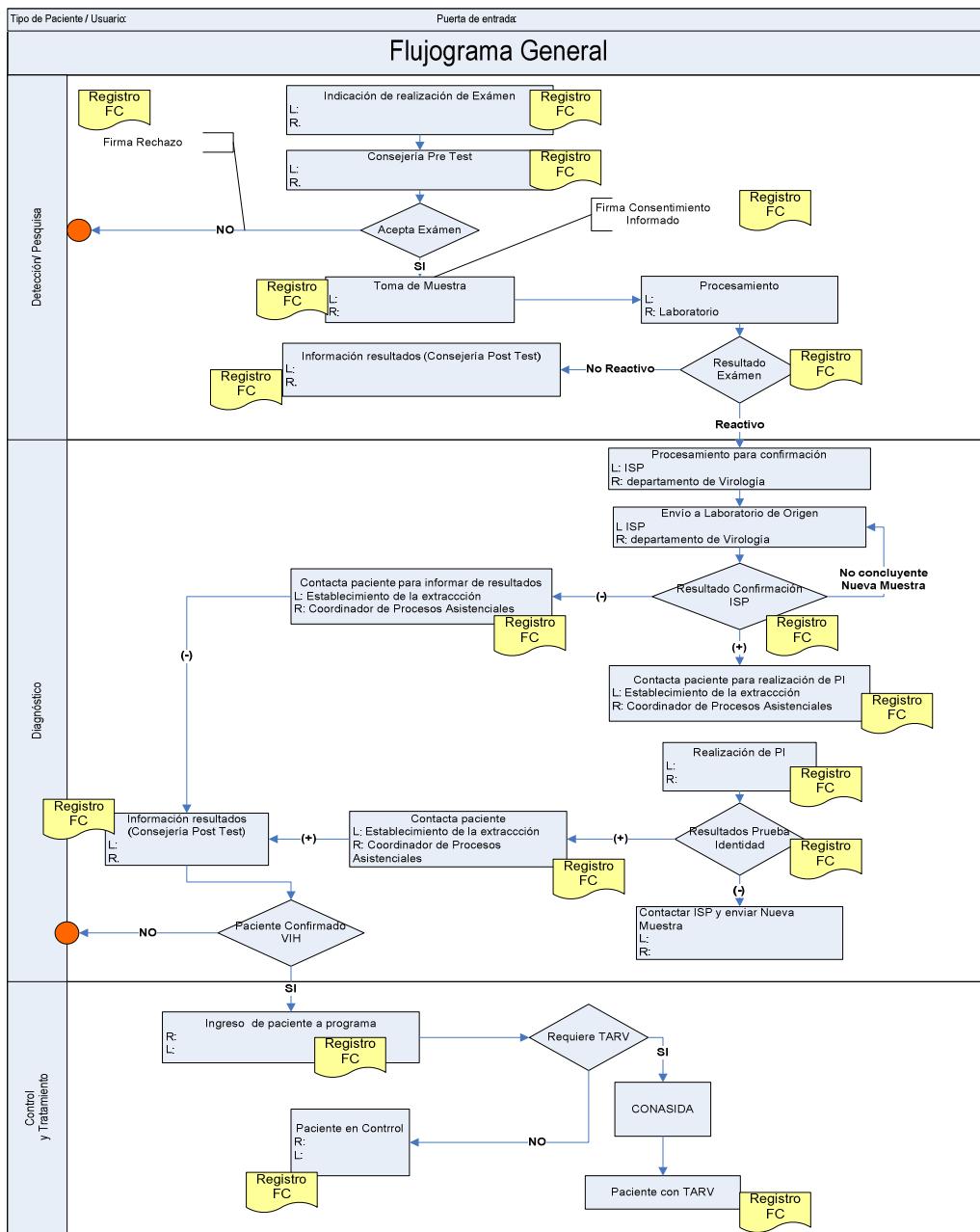


⁶ Decreto N° 433 de 1993, del Ministerio de Salud, Reglamento de Laboratorios Clínicos.

⁷ Donante: se refiere a aquella persona que acude a un Establecimiento de Salud a donar sangre u órganos

A partir de los hitos identificados e indicados en el cuadro previo, se presenta el siguiente fluograma estándar, en el que se reflejan las principales etapas que se deben realizar en el proceso de atención clínica y del diagnóstico de laboratorio. Este corresponde a un proceso estándar que puede tener algunas diferencias según la puerta de entrada al sistema de atención y el tipo de persona al que se está ofreciendo el examen.

Flujograma General



Simbología:

: Registro en Ficha Clínica

: salida del proceso de atención

: Decisión

L: Lugar de realización de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes

R: Responsable de la acción. Esto debe ser definido localmente en cada una de las redes

Consentimiento informado

En Chile, la Ley 19.779 y el Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005 del MINSAL, establecen que «el examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre **confidencial y voluntario**, debiendo constar por escrito el **consentimiento** del interesado o de su representante legal. El examen de detección se realizará previa información a éstos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces.»

Tanto la entrega de información pre examen como la firma del consentimiento informado y la entrega del resultado del mismo se realizan en una actividad de **consejería**⁸, que debe ser realizada por personas capacitadas en informar tanto acerca de las características, la naturaleza y las consecuencias de la infección como de las medidas preventivas científicamente comprobadas como válidas.

Todo el proceso se realiza en un contexto de **confidencialidad** que, según el Artículo 2º del Reglamento de la Ley N° 19.779, indica quienes intervienen en el proceso del examen y, por lo tanto, están sujetos a mantener la confidencialidad de la información⁹.

⁸ Esta puede formar parte de una consulta o un control, o ser una actividad independiente.

⁹ Artículo 2º del Reglamento de la Ley N° 19.779: “El examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre confidencial. Todo el personal de salud, tanto profesional como auxiliar que, a raíz del desarrollo de su trabajo, intervenga o tome conocimiento de la realización de un examen de este tipo deberá mantener la más estricta confidencialidad sobre la persona involucrada, los resultados del mismo y toda circunstancia relacionada con dicho procedimiento, conforme a las normas sobre secreto profesional, las de la Ley N° 19.628, el Estatuto Administrativo y demás normas legales sobre la materia. Asimismo, estarán sujetas a este deber de confidencialidad las personas que laboren para el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud que tengan conocimiento de información sobre exámenes de esta naturaleza en razón de la recolección de datos estadísticos sobre la materia y del estudio y elaboración de políticas, planes o programas para enfrentar la transmisión del virus”.

En los establecimientos de la red pública y privada de salud, la actividad deberá ser realizada por personal capacitado en consejería en VIH/SIDA e ITS y se deberá implementar en lugares que cuenten con condiciones para atención de público y que garanticen privacidad. Estos lugares pueden corresponder tanto a establecimientos de atención ambulatoria públicos —tanto de nivel primario como de especialidad— como a establecimientos privados —consultas médicas, clínicas y laboratorios privados. También en establecimientos hospitalarios públicos y privados, en sus diferentes unidades y servicios (servicios clínicos, centros de sangre o bancos de sangre).

La consejería asociada al examen de detección del VIH se complementa con la consejería para la prevención del VIH e ITS, en aquellos casos que requieren de un mayor proceso de análisis del riesgo personal, de planificación de estrategias de prevención y de apoyo para su implementación.

Consejería asociada al examen de detección del VIH

Sus objetivos son:

- Apoyar la toma de decisiones informadas respecto del examen de detección del VIH y sus resultados.
- Entregar el resultado del examen de detección del VIH y derivar a los Servicios de Salud pertinentes, si se requiere.

Los tipos de consejería asociada al examen de detección del VIH, los tipos de usuarios y las respectivas definiciones corresponden a lo indicado en el cuadro siguiente:

Tipos de Consejería según tipos de Usuarios		
Tipo de Consejería asociada al examen de detección	Tipo de Usuario	Definición
Consejería y detección del VIH en donantes de sangre y órganos	Donantes de sangre y órganos	Se realizará a todas las personas a las que se les aplica el procedimiento de la Ley 19.779 y el Decreto N° 182/05 del MINSAL. Los screening practicados a la sangre de los donantes son obligatorios y permiten evitar las infecciones transmitidas por sangre, por ello se realiza el test de detección del VIH. La consejería está orientada a informar de los objetivos de la donación y la realización del test a su sangre, a fin de que el usuario decida si acepta el procedimiento o se autoexcluya.
Consejería y detección del VIH en el que el profesional de salud ofrece el examen¹⁰	Embarazadas; Personas en control por TBC; Víctimas de Violencia Sexual; Personal de salud que se haya expuesto a accidentes cortopunzantes de riesgo para la transmisión del VIH; Personas en riesgo de adquirir una ITS y que asisten a Consulta de Salud Sexual; Consultantes con sintomatología sugerente de Infecciones de Transmisión Sexual ; Personas en control de Salud Sexual (comercio sexual); Pacientes en diálisis Pacientes en los que el médico y/o profesional de la salud indique el examen por signos sugerentes de la infección por VIH.	Es un procedimiento recomendado en el marco de una atención habitual de un usuario/a que consulta en un establecimiento de salud. El objetivo principal es permitir la toma de decisiones clínicas específicas o proponer los servicios médicos disponibles que no son posibles de proporcionar si no se conoce el estado serológico del paciente. Se realizará a aquellas personas a las que se les ofrece el examen de detección del VIH, en el marco de la atención clínica definida por el contexto normativo de programas de salud o por situaciones clínicas que lo ameritan.
Consejería y detección del VIH por iniciativa del usuario/a	Usuarios/as que solicitan el examen por iniciativa propia	Es aquella que se realiza a una persona que se acerca por iniciativa propia a un establecimiento de salud para solicitar el examen y conocer su estado serológico.

¹⁰ Norma de prevención de la transmisión Vertical del VIH, aprobada por Resolución Exenta N° 622 del 17 de Octubre de 2005.; Manual de Organización y Normas Técnicas, Programa nacional de Control de la Tuberculosos, Ministerio de Salud, 2005. Aprobada por Resolución Exenta N° 444 del 4 de agosto de 2005, Ministerio de Salud, Chile. "Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual", aprobada por Exenta N° 527/04 del MINSAL.¹⁰"Norma General Técnica N° 48 sobre Manejo post exposición laboral a sangre, en el contexto de la prevención de la infección por VIH",aprobada por el Decreto Exento N° 561 del 7 de marzo del MINSAL. ¹⁰ Norma de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS),aprobada por Decreto Exento N° 424 del 17 de Julio de 2008; Norma de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS),aprobada por Decreto Exento N° 424 del 17 de Julio de 2008; Norma de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS),aprobada por Decreto Exento N° 424 del 17 de Julio de 2008; Decreto N° 2357 de 2005 y su Modificación Decreto N° 558 de 2001 que "Aprueba Reglamento sobre Centros de Diálisis". Artículo 17 y Resolución exenta N° 60 de 2007; "Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley 19.966"

CAPITULO II: TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PARA PERSONAS ADULTAS Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL

Glosario de términos

/r	Boosting de Ritonavir
3TC	Lamivudina
APP	Amenaza de parto prematuro
APRI	Antiretroviral Pregnancy Registry International
ARV	Antiretroviral
ATV	Atazanavir
AZT	Zidovudina
CV	Carga Viral
d4T	Estavudina
ddl	Didanosina
DM	Diabetes mellitus
DRV	Darunavir
EFV	Efavirenz
EMS	Etilmetanosulfonato
FPV	Fosamprenavir
FTC	Emtricitabina
GALT	Tejido linfoide del tubo digestivo
IDV	Indinavir
II	Inhibidores de la integrasa
INNTR	Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa
INTR	Inhibidores nucleósidos (nucleótidos) de la transcriptasa reversa
IP	Inhibidores de la proteasa
ISP	Instituto de Salud Pública
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LIA	Inmunoblot
LPV/ r	Lopinavir con boosting de Ritonavir
NAVIH	Nefropatía asociada a VIH
NVP	Nevirapina
PAP	Papanicolaou
PBQ	Perfil bioquímico
PCR	Reacción de Polimerasa en Cadena
PTGO	Prueba de tolerancia a la glucosa oral
PVVIH	Personas viviendo con VIH
RN	Recién nacido
RPM	Rotura prematura de membranas
RTV	Ritonavir
RVS	Respuesta virológica sostenida
SNC	Sistema Nervioso Central
SNP	Sistema Nervioso Periférico
SQV	Saquinavir
SRI	Síndrome de reconstitución inmune

TAM	Mutaciones para análogos de Timidina
TAR	Terapia antirretroviral
TDF	Tenofovir difumarato
TR	Transcriptasa Reversa
TV	Transmisión vertical
VHB	Virus Hepatitis B
VHC	Virus Hepatitis C

1.- INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y Epidemiología

La pandemia de VIH/SIDA continúa en aumento y el número de casos estimados de personas viviendo con VIH/ SIDA (PVVIH) a diciembre de 2007 llega a 33,2 millones en el mundo, de los cuales 2,5 millones son niños. Se estima que, durante el año 2007, 2,5 millones de personas adquirieron el VIH y 2,1 millones fallecieron, con lo que las muertes acumuladas desde el inicio de la epidemia superan los 20 millones. La distribución de los casos de VIH/ SIDA en el mundo muestra marcadas diferencias regionales. África, que da cuenta sólo del 11% de la población mundial, tiene más de las dos terceras partes del total de casos de VIH/ SIDA del mundo, con cerca de 23 millones de personas viviendo con VIH y el 75% de los casos mundiales de VIH en mujeres. La prevalencia global en adultos en el África sub Sahariana llega al 7,4%, con algunos países con más de 20%, contra 2,3% en la región del Caribe y menos de 1% en las demás regiones del planeta. En América Latina la epidemia ha seguido un curso progresivo estable, con 1,6 millones de personas infectadas en la actualidad, 100.000 casos nuevos y 58.000 fallecidos el año 2007. Un tercio de los casos se concentra en Brasil y las prevalencias más altas se observan en ciertos países de Centroamérica y el Caribe (1).

En Chile, el primer caso de SIDA fue notificado en 1984 y, desde entonces, la incidencia de infección por VIH ha ido en constante aumento, llegando a 20.099 el total de casos de VIH y de SIDA notificados hasta el 31 de diciembre de 2008, con 6.102 fallecidos (2). Sin embargo, las estimaciones oficiales indican que alrededor de 2.000 personas contraen anualmente en Chile la infección y hasta 50.000 personas vivirían con VIH, con una prevalencia país entre 0,2 y 0,3% en la población general.

Pese a que la vía más eficiente de transmisión es la endovenosa, la principal vía de transmisión a nivel mundial es la sexual, con un incremento progresivo de la vía heterosexual, lo que explica que en la actualidad, el 50% de la población infectada a nivel mundial sean mujeres. La distribución por sexo es similar en países de alta prevalencia del África sub Sahariana y del Caribe. Incluso en los países con patrón epidemiológico de distribución predominantemente homo/ bisexual, también se observa una tendencia progresiva a la feminización de la epidemia. En América Latina se observa un predominio hombre: mujer de 3: 1 y continúa siendo muy importante la transmisión sexual entre hombres. La transmisión por drogadicción endovenosa está disminuyendo en la región, especialmente en Argentina, en que disminuyó de 40% a sólo el 5% de los casos nuevos la adquisición por esta vía (1).

En Chile, la principal vía de transmisión es la sexual, con el 87,6 % de los casos y sólo el 2,6% de los casos son por transmisión endovenosa. La transmisión homo/ bisexual sigue siendo predominante con el 56,1% del total de casos. La proporción de casos en mujeres aumentó hasta 1996, tendiendo a estabilizarse en los dos últimos quinquenios con una relación hombre: mujer de 3,6:1 para la infección por VIH y 5.6 para casos de SIDA (2).

La infección por VIH se asocia en todas sus etapas a una intensa replicación viral, principalmente en linfocitos y macrófagos. Los mecanismos inmunológicos permiten neutralizar los nuevos viriones y regenerar las células inmunes que se destruyen aceleradamente, lográndose un equilibrio entre la cantidad de virus circulante, carga viral (CV) y el sistema inmunológico, medido habitualmente como recuento de linfocitos CD4.

De esta manera la persona infectada se mantiene asintomática, etapa A, sin embargo después de un período variable de tiempo se rompe este equilibrio, la CV comienza a aumentar y los recuentos CD4 declinan progresivamente. El deterioro immunológico permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a las etapas B y C (SIDA) y a la muerte en un tiempo variable de no mediar tratamiento (3).

El tratamiento antiretroviral (TAR) con asociaciones de 3 drogas antiretrovirales (ARV) suprime la replicación viral con lo que la CV se hace indetectable en más del 70% de los casos (4), se recupera cualitativa y cuantitativamente la respuesta inmune (5) y se reduce la morbilidad asociada, la progresión y la mortalidad por SIDA (6). Desafortunadamente no se logra erradicar el genoma viral de los tejidos reservorio, debido a que durante los estadíos iniciales de la infección se establecen reservorios en el genoma de células latentes que persisten a pesar de la supresión intensa y duradera de la replicación viral. Por esto, las interrupciones de una TAR exitosa llevan a la reaparición de virus circulante y nuevo deterioro immunológico y clínico (7). Las terapias actuales deben, por tanto, mantenerse de por vida, siendo necesario con frecuencia efectuar cambios de esquema terapéutico por toxicidad de las drogas o aparición de resistencia viral, la cual puede ser caracterizada mediante estudios de genotipificación viral (8,9).

En pacientes chilenos en TAR se ha obtenido eficacia virológica y resultados inmunológicos comparables a los reportados en estudios clínicos, demostrándose el impacto de la terapia en la expectativa de vida. En el estudio de evaluación del impacto de las TAR en PVVIH beneficiarias del Sistema Público de Salud, para un universo de 3.649 pacientes sin experiencia previa con antiretrovirales, se demostró una sobrevida actuarial del orden de 95% a 3 años. La mortalidad en TAR ocurrió principalmente en pacientes que iniciaron terapia con enfermedad muy avanzada y en los primeros meses de tratamiento, antes de que se obtuvieran los beneficios clínicos e inmunológicos de la TAR. La eficacia de la terapia ha ido en aumento en los últimos años y es máxima en pacientes que inician tratamiento antes de que se produzca un deterioro clínico e inmunológico extremadamente avanzado (10).

La transmisión vertical (TV) del VIH se define como aquella que ocurre de la madre al hijo durante la gestación, parto o lactancia y se ha observado una tasa entre 13 y 48% según diferentes estudios (11, 12, 13). Actualmente no se conoce con exactitud por qué algunos hijos de madres VIH(+) se infectan y otros no, pero se han identificado factores de riesgo y estrategias preventivas que permiten reducir la tasa de TV a menos del 2% (14) . Los períodos de mayor susceptibilidad de la TV del VIH son el embarazo y el parto (con suspensión de lactancia materna, 35% y 65% de los casos respectivamente) y la lactancia (riesgo adicional de 14% hasta 29%) (15) . Se han identificado factores que aumentan el riesgo de TV, siendo la CV materna el principal factor independiente de riesgo de transmisión. Cargas virales menores a 1.000 copias/ ml se asocian a tasas de TV significativamente más bajas, pero no existe un umbral con el cual se pueda asegurar que no habrá infección del feto o recién nacido (RN). Ciertas infecciones de transmisión sexual (ITS) también aumentan el riesgo de TV. De igual forma niveles bajos de CD4 maternos son un factor de riesgo de TV, independiente de la CV.

1.2. Alcance de la Guía

a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la Guía

Este capítulo de la guía, basada en evidencia científica actualizada, contiene las recomendaciones de:

- Inicio y cambio de terapia antirretroviral en personas mayores de 18 años con infección crónica por VIH, confirmada por el Instituto de Salud Pública (ISP), atendidos en los sistemas público y privado de salud chilenos, como asimismo para el monitoreo clínico y de laboratorio de estos pacientes.
- Manejo de la infección aguda por VIH.
- Prevención de la transmisión madre – hijo del VIH en embarazadas con infección confirmada por el ISP o bien detectada durante el embarazo o el parto mediante test rápidos sin confirmación por ISP.

Se excluyen en este capítulo de la guía los menores de 18 años con infección por VIH, excepto en lo que respecta a las recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical en el recién nacido, hijo de madre con infección por VIH.

b. Usuarios

Las recomendaciones contenidas en esta guía están dirigidas a los profesionales de la salud, médicos, enfermeras, matronas, químico farmacéuticos, responsables de la atención de las personas adultas con infección por VIH que se desempeñan en los centros de atención VIH del país.

Estas recomendaciones también están dirigidas a los profesionales de la salud de las Maternidades y los centros de atención obstétrica ambulatoria, como también de los servicios de Neonatología.

c. Declaración de intención

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de esta guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente. No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría adecuado investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

2.- OBJETIVOS

2.1 Detener la progresión de la enfermedad por VIH, disminuir la morbilidad y mortalidad por SIDA y enfermedades asociadas y mejorar la calidad de vida de los adultos que viven con VIH, mediante el acceso universal y oportuno a tratamiento con asociaciones de antiretrovirales de eficacia, durabilidad y seguridad probadas.

2.2 Disminuir la tasa de transmisión vertical del VIH a menos de un 2% global y a 1% o menos en los binomios madre – hijo que reciben protocolo completo, mediante la oferta universal del test VIH en la embarazada con consejería previa y la aplicación de medidas farmacológicas y no farmacológicas de eficacia probada en la reducción de la transmisión, sin afectar las posibilidades terapéuticas futuras de la madre y del hijo.

3.- RECOMENDACIONES

3.1. Problemas abordados

3.1.1. Tratamiento antirretroviral en adultos

- a) Exámenes basales, monitoreo de pacientes sin TAR y en terapia
- b) Manejo de la infección primaria
- c) Cuándo iniciar TAR
- d) Con qué iniciar TAR
- e) Qué antirretrovirales o combinaciones no usar
- f) TAR en situaciones especiales:
 - 1. Mujeres en edad fértil
 - 2. Pacientes en tratamiento antituberculoso
 - 3. Pacientes con coinfección con virus hepatitis
 - 4. Nefropatía asociada a VIH
 - 5. Otras condiciones asociadas a VIH
- g) Interrupciones de TAR
- h) Uso de test de resistencia
- i) Cambio de TAR por fracaso
- j) Cambio de TAR por toxicidad

3.1.2. Prevención de la transmisión vertical del VIH

- a) Qué exámenes efectuar en embarazadas y cuándo derivar
- b) Cuándo iniciar TAR
- c) Con qué iniciar TAR
- d) Monitoreo de la embarazada en TAR
- e) Qué antirretrovirales o combinaciones no usar durante el embarazo
- f) Vía del parto
- g) Antirretrovirales durante el parto o cesárea
- h) Lactancia materna
- i) Antirretrovirales al recién nacido
- j) Qué hacer en diferentes escenarios
- k) Qué hacer con la embarazada VIH+ con amenaza de parto prematuro o con rotura prematura de membranas

3.2. Problemas abordados, síntesis de la evidencia, recomendaciones y nivel de evidencia

3.2.1. Tratamiento antiretroviral en adultos

a. Exámenes basales, monitoreo de pacientes sin TAR y en terapia

El diagnóstico de infección por VIH se efectúa mediante la determinación de anticuerpos específicos contra el virus, mediante técnica de ELISA y posterior confirmación de esta por medio de Inmunofluorescencia, Inmunoblot (LIA) y, eventualmente reacción de polimerasa en cadena (PCR). Las evaluaciones clínica y de laboratorio están orientadas a determinar el grado de inmunodepresión y nivel de CV, la presencia de co-infecciones y comorbilidades y la existencia de factores de riesgo cardiovascular, con el objetivo de determinar el estado de avance de la enfermedad y la necesidad de intervenciones terapéuticas (Anexos 1 y 2).

- **Se recomienda efectuar a todos los pacientes que ingresan a control como mínimo las siguientes determinaciones de laboratorio (Nivel de evidencia: AIII):**
 - Hemograma y VHS
 - Glicemia
 - Creatininemia
 - Orina completa
 - Pruebas hepáticas
 - Estudio de Lípidos (Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos)
 - Recuento de linfocitos CD4
 - Carga viral VIH
 - VDRL o RPR
 - HBsAg y de acuerdo a disponibilidad, anticore para virus Hepatitis B (VHB) y serología para virus Hepatitis C (VHC)
 - IgG *Toxoplasma gondii*
 - Serología para *Trypanosoma cruzii* (Enfermedad de Chagas)
 - PPD
 - Papanicolau (PAP) a todas las mujeres
 - Rx de Tórax
- **Los pacientes que no cumplen con criterios para iniciar TAR deben ser monitorizados cada 6 meses con recuento de linfocitos CD4 si su recuento basal es mayor de 500 células/ mm³. Si el recuento de linfocitos CD4 es menor de 500 células/ mm³ se deben monitorizar cada 3 o 4 meses (Nivel de evidencia: AIII).**
- **En pacientes con recuento de linfocitos CD4 mayor a 350 células/ mm³, y que por tanto no tienen indicación de TAR, no se recomienda la medición rutinaria de CV, la que sólo debe volver a solicitarse antes del inicio de terapia (Nivel de evidencia: BIII).**
- **Todos los pacientes deben tener un VDRL o RPR al menos una vez al año (Nivel de evidencia: BIII).**

- **Todas las mujeres deben tener al menos un PAP anual (Nivel de evidencia: AIII).**
- **En aquellos pacientes que inicien TAR se deben efectuar al menos los siguientes exámenes de laboratorio (Nivel de evidencia: AIII):**
 - Primer mes: Hemograma y VHS, pruebas hepáticas, glicemia, estudio de lípidos. Aquellos con insuficiencia renal basal o que reciban Tenofovir deben ser monitorizados con creatininemia y orina completa.
 - Tercer mes: Hemograma y VHS, pruebas hepáticas, glicemia, estudio de lípidos, recuento de linfocitos CD4 y CV.
 - En pacientes con TAR exitosa, se debe efectuar cada 4-6 meses: Hemograma y VHS, recuento de linfocitos CD4 y CV y al menos 1 vez al año: pruebas hepáticas, estudio de lípidos, glicemia, creatininemia, orina completa, VDRL o RPR y PAP en las mujeres.
 - En pacientes que vayan a iniciar tratamiento con Abacavir se debe determinar HLA-B*5701.

b. Manejo de la infección primaria

Un 40-90 % de los pacientes que adquieren VIH tienen, en un plazo de 2 a 6 semanas, manifestaciones clínicas diversas que en su conjunto se denominan síndrome retroviral agudo (16). La mayor parte de las veces el cuadro no es reconocido como tal, pero eso está en disminución y se sospecha con mayor frecuencia. Por otra parte, se puede diagnosticar oportunamente con técnicas diferentes de los exámenes serológicos tradicionales (17). Adicionalmente, dada la mayor frecuencia de tamizaje de infección por VIH también hay un creciente número de personas en quienes, con o sin síndrome retroviral agudo, se puede documentar una seroconversión reciente, inferior a 6 meses. Se planteó inicialmente el potencial beneficio de iniciar TAR en estas personas con el objetivo de erradicar la infección, lo que se probó imposible. Posteriormente se ha planteado que un tratamiento precoz podría retardar la progresión al establecer un nivel de replicación viral y de CV más bajo que sin tratamiento y por tanto una menor declinación del recuento de CD4. Recientemente se ha descrito que la infección VIH produce una depleción precoz e irreversible del tejido linfoide del tubo digestivo (GALT) que permite la translocación de productos bacterianos y la activación del sistema inmune que conduce a la depleción de linfocitos CD4 circulantes. El inicio de la TAR antes de la destrucción del GALT podría tener por tanto consecuencias beneficiosas (18).

Sin embargo, los beneficios a largo plazo del tratamiento de la infección primaria no han sido probados y no hay consenso en iniciar TAR en este contexto, por lo que en general se recomienda hacerlo solamente en el marco de ensayos clínicos que agreguen más información sobre el eventual beneficio de esta intervención.

Se ha planteado que en pacientes con documentación serológica o virológica de infección por VIH y síndrome retroviral agudo severo y prolongado o en aquellos con manifestaciones neurológicas significativas como parte de este cuadro se puede considerar el tratamiento antiretroviral tradicional.

En pacientes con recuentos CD4 persistentemente menores de 350 células/ mm^3 luego de tres meses de evolución también se puede plantear inicio de terapia. La duración del tratamiento en caso de implementarlo también ha sido materia de controversia, pero actualmente se considera que debe ser permanente.

- **No se recomienda el inicio de TAR en la infección primaria en forma rutinaria (Nivel de evidencia DI).**
- **En casos excepcionales como los descritos se puede considerar el inicio de TAR, efectuando consejería adicional al paciente y solicitando su consentimiento informado (Nivel de evidencia: BII).**

c. Cuando iniciar TAR

Los ARV son altamente eficaces en lograr CV indetectable, posibilitar la recuperación de los recuentos CD4 y de las funciones inmunes con lo que disminuyen significativamente la morbilidad por VIH/ SIDA y mejoran la calidad de vida de los pacientes (19, 20, 21). Sus principales limitaciones son los efectos colaterales y la aparición de resistencia viral, lo que ha hecho recomendar en guías anteriores la postergación del inicio de la terapia hasta declinación de los recuentos CD4 a 200 o menos células/ mm^3 o bien hasta la aparición de síntomas de inmunodeficiencia. Estudios recientes muestran un aumento progresivo de la eficacia y durabilidad de la supresión viral, junto con mejores perfiles de seguridad de las terapias (10 , 21). Además se cuenta con nuevos ARV que permiten suprimir eficazmente la replicación de virus resistentes a las drogas tradicionales y ha surgido evidencia del impacto de la TAR en comorbilidades específicas a niveles más altos de CD4.

El recuento de CD4 al inicio de la TAR es el factor individual más estrechamente asociado a progresión y muerte. La elevada tasa de progresión a SIDA y muerte en pacientes con recuentos CD4 menores de 200 células/ mm^3 sin TAR y diferentes estudios de cohorte que muestran el impacto de las terapias en reducir la morbilidad en este grupo de pacientes constituyen evidencia suficiente para recomendar el inicio de TAR en pacientes con CD4 inferiores a 200 células/ mm^3 y/ o con síntomas de inmunodeficiencia (6, 22, 23). En el subgrupo de pacientes con recuentos inferiores a 100 células/ mm^3 al inicio de la TAR, la mortalidad en TAR es aún mayor, sin embargo una proporción significativa de estos pacientes logra una adecuada recuperación inmune y accede a los beneficios de largo plazo de la TAR (24, 25).

La evidencia del beneficio de la TAR en pacientes con recuentos CD4 superiores a 200 células/ mm^3 es en general menos sólida, sin embargo estudios recientes, incluyendo uno que agrupó 13 cohortes europeas y norteamericanas, han demostrado menor mortalidad y riesgo de progresión a SIDA con el inicio de TAR con CD4 entre 200 y 350 células/ mm^3 (26,27). En la Cohorte Chilena de SIDA, con 3.649 pacientes con seguimiento a 3 años se demostró un riesgo global de progresión a SIDA y muerte de 20% en pacientes que iniciaron TAR con recuentos CD4 inferiores a 100 células/ mm^3 , sin embargo no se observaron diferencias significativas en el riesgo de progresión y muerte entre pacientes asintomáticos que iniciaban TAR con CD4 entre 100

y 200 células/ mm³ y aquellos que lo hacían con recuentos mayores a 200 células/ mm³. El estudio SMART demostró, con un diseño prospectivo y randomizado, que el subgrupo de pacientes sin tratamiento previo que difería el inicio de TAR hasta que los recuentos CD4 cayeran por debajo de 250 células/ mm³ presentaba mayor mortalidad que el que iniciaba con CD4 mayores de 350 células/ mm³ (7, 28). En la actualidad diferentes guías clínicas recomiendan el inicio de TAR con recuentos CD4 inferiores a 350 células/ mm³, reconociendo que el beneficio de la TAR en pacientes que inician con CD4 entre 200 y 350 células/ mm³ es menos marcado y la evidencia menos sólida, que en aquellos que lo hacen con menos de 200 células/ mm³. Cabe destacar que más importante para el éxito de la TAR es, sin embargo, el diagnóstico oportuno de la infección VIH para evitar casos de infección avanzada, sintomática etapa C y/o con CD4 menores a 100 células/ mm³ que se asocian a elevadas tasas de progresión a SIDA y mortalidad en TAR, lo que está todavía lejos de lograrse en Chile y en países desarrollados (29, 30).

Las bajas tasas de progresión a SIDA sin TAR con CD4 superiores a 350 células/ mm³ no justifican en general el inicio de TAR en estos pacientes, sin embargo existe evidencia reciente de reducción del riesgo de muerte con el inicio del tratamiento con recuentos CD4 entre 350 y 500 células/ mm³ (31).

Si bien la reducción de la mortalidad por VIH/ SIDA se debe principalmente a la disminución de eventos de SIDA en pacientes con recuentos CD4 bajo 200 células/ mm³ que inician TAR, ha aumentado la importancia relativa de otras patologías entre las causas de muerte. En pacientes con recuentos CD4 entre 200 y 350 células/ mm³, los eventos no oportunistas sobrepasan largamente las enfermedades oportunistas definitorias de SIDA (32, 33). Estudios observacionales con elevado número de pacientes y seguimientos prolongados han reportado mayor incidencia de varios tipos de cáncer estudiados en comparación con personas sin infección por VIH. El riesgo de cáncer anal y linfoma de Hodgkin, entre otros, en personas con VIH era significativamente mayor a menores recuentos de CD4 (34, 35). La supresión viral con el inicio de TAR podría reducir el riesgo de linfoma en pacientes con CD4 mayores de 200 células/ mm³. El estudio SMART confirmó en forma prospectiva que menos del 10% de las muertes en pacientes con infección VIH se debieron a progresión a SIDA predominando la mortalidad por cáncer, enfermedades hepáticas y eventos cardiovasculares en pacientes con interrupciones de terapia en rangos altos de CD4 (28, 36).

Diferentes estudios han demostrado el impacto directo del VIH en los marcadores de inflamación, coagulación y activación endotelial, como asimismo en el grosor de la íntima arterial. El inicio de TAR controla estas alteraciones reduciendo significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares, a pesar del impacto de algunos ARV en el síndrome metabólico. (37, 38)

La recuperación inmunológica que se logra al suprimir la replicación viral se acompaña de un aumento en los recuentos de linfocitos CD4 circulantes. Los pacientes que inician TAR con recuentos CD4 más altos alcanzan recuentos CD4 finales más elevados, sin embargo la velocidad de recuperación es similar en todos los grupos y los beneficios clínicos de la TAR se observan aún

con aumentos modestos de los recuentos CD4, en la medida que se logre la supresión completa de la replicación viral (5, 39, 40, 41).

La disponibilidad de ARV de mayor eficacia va acompañada de dosificaciones más convenientes y de menos efectos colaterales. A pesar de ello, la toxicidad de corto y largo plazo continúa siendo la principal causa de término de TAR en estudios de cohorte extranjeros y en la Cohorte Chilena de SIDA (8, 29). El temor a la toxicidad acumulativa de los ARV fue un argumento para diferir el inicio de TAR, sin embargo se ha demostrado riesgo similar e incluso menor para algunas toxicidades de largo plazo como anemia, neuropatía periférica y redistribución grasa con inicio de TAR con CD4 mayores de 200 células/mm³ respecto de los pacientes que la inician con CD4 menores de 200 células/mm³ (42).

La TAR ha demostrado, además, una costo – efectividad superior a la de varias intervenciones terapéuticas con un aumento en la expectativa de vida de los pacientes en TAR superior a 13 años. También se debe tener en cuenta el potencial impacto beneficioso del inicio de TAR en el riesgo de transmisión del VIH. Se ha demostrado la relación entre CV y riesgo de transmisión del VIH como asimismo la reducción con el uso de TAR de la transmisión del VIH en parejas discordantes (43, 44). La eventual reducción en la transmisión contribuye adicionalmente a la elevada costo efectividad de la terapia antiretroviral (45).

Finalmente, el inicio de TAR con frecuencia se difiere frente a enfermedades oportunistas activas por la posibilidad de exacerbar las manifestaciones inflamatorias de la enfermedad como consecuencia de la reconstitución inmune. Un estudio reciente ha demostrado, sin embargo, que el inicio de TAR dentro de las 2 semanas siguientes al diagnóstico de una infección oportunitaria se asocia a menor incidencia de progresión y muerte en TAR, sin aumentar el riesgo de toxicidad o síndrome de reconstitución respecto del inicio diferido después de 4 semanas desde la infección. Esta evidencia requiere confirmación por cuanto se trata de un número relativamente pequeño de pacientes y sólo involucra algunas patologías oportunistas (46).

En resumen, la mayor eficacia y seguridad de las terapias antiretrovirales actuales, el menor riesgo de resistencia y la existencia de nuevas opciones de tratamiento para pacientes con fracaso, la menor toxicidad de los antiretrovirales con CD4 más altos, la reducción del riesgo de cáncer, eventos cardiovasculares y, eventualmente de eventos de SIDA y mortalidad son factores que hacen aconsejable el inicio más precoz de la TAR en pacientes con infección por VIH en control. Se debe, además, hacer esfuerzos por el diagnóstico oportuno de la infección por VIH para evitar el inicio de TAR en estadíos extremadamente avanzados de la enfermedad con el consiguiente riesgo de progresión y muerte pese a TAR.

- **Se recomienda el inicio de TAR a todos los adultos con infección crónica VIH que presentan alguna de las siguientes situaciones:**
 - Enfermedad oportunitista de etapa C, independientemente del recuento de CD4 (Nivel de evidencia: AII). En esta Guía se incluye la tuberculosis pulmonar como enfermedad C que amerita inicio de TAR,

- En pacientes asintomáticos o con manifestaciones de etapa B que tengan recuentos de linfocitos CD4 menores de 350 células/ mm³ (Nivel de evidencia: A1). Con recuentos de CD4 entre 200 y 350 células/ mm³ se debe contar con 2 mediciones consecutivas bajo 350 células/ mm³ (estas mediciones se deben realizar con 1 mes de diferencia) mientras que con recuentos inferiores a 200 células/ mm³ basta con 1 determinación (Nivel de evidencia: BIII).
- Los pacientes con CD4 menor de 200 células/ mm³ deben además iniciar profilaxis de la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* con Cotrimoxazol o Dapsona y mantenerla hasta que el recuento CD4 supere las 200 células/ mm³ y la Carga Viral sea indetectable (Nivel de evidencia: A1)
- En los pacientes con CD4 menor de 100 células/ mm³, que son aquellos que presentan el mayor riesgo de progresión y muerte, la TAR con esquema de primera línea debe iniciarse precozmente (dentro de 7 días desde la indicación médica) (Nivel de evidencia: AII). Si los recuentos CD4 son inferiores a 50 células/ mm³, se debe iniciar, además de la profilaxis de *Pneumocystis jiroveci*, profilaxis de infección por micobacterias atípicas con Azitromicina (Nivel de evidencia: AII)

d. Con qué iniciar TAR

En Chile al año 2009 se encuentran disponibles 19 drogas antiretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH. Los ARV se clasifican de acuerdo al mecanismo de acción mediante el cual impiden la replicación viral. Se dispone de 6 Inhibidores de la enzima transcriptasa reversa (TR) de tipo nucleósidos y nucleótidos (INTR), 3 Inhibidores de la enzima transcriptasa reversa no nucleósidos (INNTR), 7 Inhibidores de la enzima proteasa (IP), 2 Inhibidores de entrada y 1 Inhibidor de la enzima integrasa (II) (Anexo 3). Las combinaciones de drogas antiretrovirales que han demostrado mayor eficacia son aquellas que combinan 2 INTR con 1 INNTR o con 1 IP.

Dentro de los INTR, las drogas más utilizadas como tratamiento inicial son Zidovudina (AZT), Abacavir, Didanosina (ddl), Tenofovir (TDF), Emtricitabina (FTC) y Lamivudina (3TC). Además existen algunas asociaciones de nucleósidos coformulados. Lamivudina y Emtricitabina, además de TDF, comparten actividad antiviral sobre VIH y Virus de Hepatitis B y seleccionan la misma mutación de resistencia en la TR (M184V). La presencia de la mutación M184V aumenta la susceptibilidad del virus a AZT, Estavudina (d4T) y TDF y produce una leve disminución de la susceptibilidad a ddl y Abacavir. La combinación de AZT con 3TC es eficaz y segura (47). AZT y d4T, ambos análogos de Timidina, pueden producir toxicidad mitocondrial en especial lipoatrofia, sin embargo este riesgo es significativamente mayor con d4T que con AZT. Zidovudina también puede producir intolerancia gastrointestinal, anemia y neutropenia. Cuando existe neutropenia basal no debe utilizarse AZT. La existencia de anemia basal no contraindica necesariamente el uso de Zidovudina (48), pero obliga a una monitorización estrecha de los niveles de hemoglobina/ hematocrito luego del inicio de la TAR. La combinación de Abacavir con 3TC ha demostrado igual eficacia que la de AZT con 3TC, observándose un mayor aumento de linfocitos CD4 en el grupo Abacavir - 3TC

(49), sin embargo Abacavir tiene el riesgo de producir una reacción de hipersensibilidad grave, por lo que se recomienda efectuar la determinación de HLA-B* 5701, que identifica el principal gen asociado a la reacción y permite predecir el riesgo de presentarla, antes de utilizar esta droga (50). Estudios recientes mostrarían un mayor riesgo de presentar infarto agudo del miocardio durante los primeros 6 meses de terapia en pacientes que utilizan Abacavir, pero se requiere de mayores estudios para confirmar este hallazgo (37). El estudio Gilead 934 demostró que la combinación de TDF con FTC tiene una mayor eficacia virológica que AZT con 3TC (51). El mismo estudio mostró que más sujetos en la rama AZT - 3TC desarrollaron pérdida de grasa en extremidades y anemia a las 144 semanas de seguimiento. La combinación de Abacavir y 3TC tiene igual eficacia que TDF y FTC, aunque un estudio reciente mostró menor eficacia de la combinación Abacavir/ 3TC en pacientes con CV basales mayores de 100.000 copias/ ml (ACTG5202). La seguridad cardiovascular de Abacavir se analiza en el punto j) de este capítulo. Tenofovir puede producir daño renal, por lo que se debe utilizar con precaución en pacientes con insuficiencia renal preexistente y se debe monitorizar la función renal en todos los pacientes que lo reciban (Anexo 4).

La tercera droga del esquema de TAR puede ser un INNTR o un IP. Los INNTR disponibles en Chile son Nevirapina (NVP) y Efavirenz (EFV) a los que se agregará Etravirina. Nevirapina puede producir toxicidad hepática grave y reacciones de hipersensibilidad y en el estudio 2NN no alcanzó los criterios necesarios para demostrar no inferioridad con respecto a Efv, por lo que se prefiere este último como primera línea de tratamiento (52), sin embargo puede ser una alternativa en mujeres en edad fértil o embarazadas con recuentos de CD4 menores a 250 células/ mm³ o en casos de toxicidad o contraindicación de Efv. Varios estudios han mostrado que Efavirenz tiene eficacia equivalente o superior a los IP. Efavirenz ha demostrado ser superior a Indinavir, Lopinavir/ ritonavir y Nelfinavir e igualmente eficaz que Atazanavir (53, 54). Efavirenz puede producir efectos adversos a nivel del sistema nervioso central, rash cutáneo y en el estudio ACTG 5142 en asociación con INTR se asoció con mayor lipoatrofia comparado con Lopinavir/ ritonavir. Además se ha asociado con malformaciones del tubo neural en primates, por lo que no debe usarse en mujeres embarazadas y debe utilizarse con precaución en mujeres en edad fértil. Ambos INNTR tiene una baja barrera genética para el desarrollo de resistencia y existe un riesgo creciente de resistencia primaria a esta familia de antiretrovirales, el que puede ser relevante en mujeres que hayan recibido previamente Nevirapina para prevención de transmisión vertical. Efavirenz ha sido utilizado con éxito en Chile como primera línea de tratamiento antiretroviral, demostrando ser una droga segura y durable en el tiempo (29).

Los inhibidores de proteasa disponibles en Chile son Ritonavir (RTV o r), Indinavir (IDV), Lopinavir/ ritonavir (LPV/r), Saquinavir (SQV), Fosamprenavir (FPV), Atazanavir (ATV) y Darunavir (DRV). Ritonavir ya no se utiliza como ARV debido a su mala tolerancia gastrointestinal pero es un potente inhibidor de la isoenzima 3A4 del citocromo p450, por lo que la adición de esta droga a otros IP en dosis de 100 a 200 mgs/ día aumenta considerablemente sus niveles plasmáticos (IP reforzados o "boosted"), lo que se asocia con un aumento de la eficacia virológica y disminución del riesgo de desarrollo de

resistencia. La mayoría de los IP, con la excepción de ATV, puede producir distintos grados de dislipidemia e intolerancia a la glucosa. Indinavir produce con frecuencia intolerancia digestiva y alteraciones de piel y fanéreos. Indinavir y ATV pueden producir hiperbilirrubinemia indirecta y nefrolitiasis, siendo esta última mucho menos frecuente con el segundo. En los casos en que se utilice ATV/r se requiere de un pH gástrico ácido para su disolución, por lo que se debe evitar el uso de drogas que aumenten el pH gástrico, en especial los inhibidores de la bomba de protones, que no deben utilizarse en dosis que excedan el equivalente a 20 mg de Omeprazol al menos 12 horas antes de ingerir el inhibidor de proteasa.

Existen varios estudios randomizados comparativos entre IP reforzados en pacientes vírgenes a tratamiento. El estudio CASTLE incluyó a 883 pacientes que fueron randomizados a recibir ATV/r o LPV/r, ambos en combinación con TDF/ FTC. A las 48 semanas no hubo diferencias significativas en eficacia virológica o inmunológica, pero los pacientes del grupo ATV/r tuvieron más hiperbilirrubinemia indirecta y los del grupo LPV/r tuvieron niveles más elevados de colesterol y triglicéridos (54). En el estudio KLEAN, 878 pacientes fueron randomizados a recibir FPV/r (700/ 100 mgs dos veces al día) o LPV/r, ambos en combinación con ABC/ 3TC. A las 48 semanas de seguimiento no hubo diferencias en eficacia virológica o inmunológica ni en la frecuencia de eventos adversos (55). En el estudio ALERT, 106 pacientes fueron randomizados a recibir ATV/r o FPV/r (1400/ 100 mg al día). A las 24 semanas no hubo diferencias en eficacia virológica o inmunológica (56). En el estudio GEMINI, 337 pacientes fueron randomizados a recibir SQV/r (1000/ 100 mgs dos veces al día) o LPV/r. A las 24 semanas no hubo diferencias en eficacia virológica o inmunológica (57). En el estudio ARTEMIS con 689 pacientes vírgenes a tratamiento randomizados Darunavir demostró no inferioridad respecto de Lopinavir comparando favorablemente en seguridad, en pacientes con CV basal > 100.000 copias/ ml y frente a baja adherencia (58, 59). Por su eficacia contra virus resistentes a otros IP es recomendable reservarlo para ser utilizado en pacientes que hayan fracasado a estos ARV (60).

También se ha comparado ATV no reforzado con ATV/r, observándose que sin Ritonavir y en dosis de 400 mgs/ día, ATV no aumenta los niveles de lípidos pero se asocia a una mayor tasa de fracaso virológico y desarrollo de resistencia que cuando se utiliza en asociación con Ritonavir (61).

Se recomiendan como esquema de inicio de TAR en pacientes sin exposición previa a ARV:

- La combinación de Zidovudina y Lamivudina, Abacavir y Lamivudina, previa determinación de HLA-B*5701, o bien de Tenofovir con FTC (Nivel de evidencia: AI) o de TDF con 3TC (Nivel de evidencia: BIII). La combinación TDF – FTC es de elección en pacientes coinfecados con el virus de la Hepatitis B (VHB) (Nivel de evidencia: AIII).
- Efavirenz como tercera droga del esquema antiretroviral. También se puede utilizar como tercera droga (en orden alfabético): Atazanavir/ ritonavir, Fosamprenavir/ ritonavir o Lopinavir/ ritonavir (Nivel de evidencia: AI).
- En mujeres en edad fértil que no utilicen un método anticonceptivo confiable y en pacientes con patología psiquiátrica grave se debe evitar el uso de EFV y preferir un IP reforzado o Nevirapina (Nivel de evidencia: EIII). Es

- contraindicación relativa para el uso de Efavirenz el trabajo en sistema de turnos.**
- **En pacientes con elevado riesgo cardiovascular se recomienda evitar el uso de Abacavir y de IP reforzados, pudiendo utilizarse EFV, Nevirapina o Atazanavir (Nivel de evidencia: DII).**

e. Qué antiretrovirales o combinaciones no usar

Existe abundante evidencia que demuestra la elevada eficacia de las combinaciones de 3 ARV, usualmente 2 INTR con 1 INNTR ó 1 IP, en suprimir sostenidamente la replicación viral a niveles indetectables, permitiendo la recuperación inmunológica y clínica de los pacientes, reduciendo la letalidad del VIH (21, 22, 23). Antes del uso generalizado de las terapias con 3 drogas se utilizaron tratamientos con 1 ó 2 ARV con resultados modestos y transitorios en el control de la replicación, la recuperación inmune y la morbimortalidad (62). Recientemente ciertos esquemas con 1 ó 2 ARV, 1 IP sólo o combinado con 1 INTR o con 1 INNTR, han demostrado eficacia virológica, similar o levemente inferior a la de los esquemas convencionales de 3 ARV, en pacientes sin tratamientos previos, sin embargo se ha observado mayor incidencia de efectos colaterales y mutaciones de resistencia (53) o persistencia de niveles bajos de replicación viral (63, 64). Nº 63 También se ha estudiado la simplificación de TAR convencionales en éxito virológico a monoterapia con IP con resultados promisorios.

Entre los esquemas de primera línea también se ha evaluado el uso de combinaciones de 3 INTR (65), sin embargo la eficacia ha resultado inferior que la de los esquemas convencionales, especialmente en pacientes con CV basales elevadas, por lo que su uso sólo se considera en situaciones especiales.

El uso de Ritonavir en dosis baja, 100 a 200 mgs/ día, inhibe la glicoproteína p y el citocromo CYP3A4 con lo que aumenta los niveles plasmáticos de Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Indinavir, Lopinavir o Saquinavir, mejorando la farmacocinética de estos IP. Este efecto “booster” aumenta la eficacia de los IP y reduce la aparición de mutaciones de resistencia, por lo que en general siempre se recomienda que la administración de 1 IP se acompañe de dosis bajas de Ritonavir (66) . En la actualidad sólo Atazanavir en dosis de 400 mgs/ día y Fosamprenavir en dosis de 1.400 mgs cada 12 horas pueden, eventualmente en situaciones especiales, utilizarse sin “booster” si bien en general se prefiere su uso reforzado. Por otra parte el uso de Ritonavir en dosis completa de 600 mgs cada 12 horas no ofrece ventajas sobre otros IP y se asocia a menor tolerancia y más impacto negativo en el perfil metabólico. El uso de 2 IP ó 2 INNTR en esquemas de primera línea no ha demostrado similar eficacia a los esquemas convencionales y se acompaña con mayor frecuencia de efectos colaterales (52)

Finalmente la utilización conjunta de 2 INTR análogos del mismo nucleósido ha demostrado mínimo efecto aditivo o francamente antagonista, además de perfiles similares de resistencia. Es el caso de la asociación de AZT con d4T y de 3TC con FTC (67, 68). La asociación de 2 análogos de adenosina como Tenofovir y ddI ha sido más utilizada clínicamente y, si bien algunos estudios han demostrado eficacia similar a la de otras combinaciones de INTR, existen

múltiples reportes de mayor tasa de fracaso y resistencia, así como de menor recuperación inmunológica (69). Otra combinación de INTR que, en la actualidad no se recomienda es la de d4T – ddl que, a pesar de ser eficaz, se asocia a elevada toxicidad, especialmente mitocondrial con neuropatía periférica, pancreatitis y acidosis láctica (70).

No se recomienda:

- **El uso de mono o biterapias en el tratamiento de la infección crónica por VIH (Nivel de evidencia: EII)**
- **En general el inicio de TAR con esquemas de 3 INTR (Nivel de evidencia: DI)**
- **El uso de IP no acompañados de Ritonavir en dosis bajas, con excepción de Atazanavir o Fosamprenavir en situaciones especiales (Nivel de evidencia: EI)**
- **En ningún caso el uso de Ritonavir como ARV en dosis completa (Nivel de evidencia: EIII)**
- **En ningún caso el uso de 2 IP o 2 INNTR en esquemas de primera línea (Nivel de evidencia: EI)**

No se recomienda el uso de las siguientes combinaciones de INTR (Nivel de evidencia: EII):

- AZT – d4T
- 3TC – FTC
- TDF – ddl
- d4T – ddl

f. TAR en situaciones especiales

Si bien las recomendaciones de criterios de inicio de TAR y combinaciones de ARV a utilizar aplican para la generalidad de los pacientes, existen situaciones que ameritan consideraciones especiales.

1. Mujeres en edad fértil

A fines de 2007, las mujeres representan el 50% de todos los adultos que viven con VIH en el mundo y el 59% en África Subsahariana. En Latinoamérica, cerca del 30 por ciento de los adultos que viven con VIH/SIDA son mujeres. Los menores de 25 años representan el 45% de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial. La epidemia se propagó inicialmente entre trabajadoras sexuales y entre hombres que tienen sexo con hombres, pero en años recientes se ha diseminado a la población general. En el mundo y en algunos países de Sudamérica, el sexo heterosexual representa la principal vía de transmisión del VIH (1). En nuestro país las mujeres representan el 16,1% del total de casos (2).

La dependencia económica, material o social de los hombres muchas veces significa que las mujeres no pueden controlar cuándo, con quién y en qué circunstancias mantienen relaciones sexuales. Sin duda alguna la recomendación inicial es el uso correcto del preservativo u otro método anticonceptivo eficaz, así como la consejería preconcepcional en mujeres con o sin parejas con infección por VIH. Sin embargo se ha observado que 49% de las mujeres tiene

embarazos no planificados y este porcentaje es mayor en el tramo entre los 15- 24 años. (70% aproximadamente) (71). Estas cifras nos deben hacer concentrar nuestros esfuerzos en el adecuado manejo de la TAR en la mujer en edad fértil por la eventualidad de que se embarace, para minimizar el riesgo de transmisión de VIH, de toxicidad de los ARV y el riesgo adicional para el feto durante la organogénesis. El período de mayor vulnerabilidad fetal es el de la organogénesis, tempranamente durante la gestación, antes incluso de que el embarazo sea reconocido, por lo que es necesaria la administración de ARV seguros en mujeres en edad fértil por la eventualidad de un embarazo no planificado. Los estudios realizados con las distintas drogas antiretrovirales así como el registro de los embarazos expuestos a éstas nos permiten tener conocimiento de la seguridad de su uso en este período y efectuar las siguientes recomendaciones:

- **Los fármacos no recomendados en mujeres en edad fértil sin un método anticonceptivo seguro son: Efavirenz y d4T. (Nivel de evidencia: EII)**
- **Los fármacos con poca evidencia de seguridad en embarazo son: Tenofovir, Enfuvirtida, Atazanavir, Fosamprenavir, Darunavir, Raltegravir, Etravirina, Maraviroc, por lo que no se recomienda su uso de rutina en mujeres en edad fértil, salvo que el beneficio de uso sea mayor que el riesgo. (Nivel de evidencia: DII)**
- **Los fármacos sin riesgo demostrado en embarazo son: Zidovudina, Lamivudina, Abacavir, Nevirapina (con CD4 menor a 250 células por mm³), Lopinavir/ritonavir, Saquinavir/ritonavir. En mujeres en edad fértil las combinaciones recomendadas son: AZT – 3TC o Abacavir – 3TC con Lopinavir/ritonavir, Nevirapina o Saquinavir/ ritonavir. (Nivel de evidencia: AII)**

2. Pacientes en tratamiento antituberculoso

Entre las comorbilidades de mayor trascendencia en pacientes con VIH está la infección por *Mycobacterium tuberculosis*. La infección tuberculosa latente tiene alrededor de un 10% de riesgo de reactivación y enfermedad tuberculosa durante la vida de un adulto inmunocompetente. En el caso de la infección por VIH este riesgo es muchísimo mayor y puede llegar a 10% anual (72). La primoinfección o reinfección tuberculosa rara vez deriva a corto plazo en enfermedad tuberculosa en adultos inmunocompetentes. Sin embargo por diversas causas en inmunodeprimidos, especialmente por infección VIH, esta progresión es mucho más frecuente. Estudios de la Cohorte Chilena de SIDA han establecido que la tasa de tuberculosis en pacientes VIH atendidos en el sistema público es 100-200 veces mayor que en la población general (73). Se observó que el 10 a 12% de la población VIH tenía enfermedad tuberculosa, ya sea antes del diagnóstico de la infección retroviral, concomitantemente o después. En los últimos años, luego de la aplicación del programa de acceso expandido a TAR, se ha observado un descenso en esta tasa. La monoterapia con Isoniacida es altamente efectiva durante la infección latente y su aplicación probablemente ha contribuido a este descenso por lo que hay consenso

en que está indicada por 9 meses cuando hay infección tuberculosa sin evidencias de enfermedad activa.

El tratamiento concomitante de ambas infecciones presenta varios problemas. En primer lugar ambas requieren tratamientos complejos, con combinaciones de medicamentos que frecuentemente son mal tolerados o causan efectos adversos, incluida la alergia, y el inicio simultáneo puede dificultar la evaluación de éstos y la identificación del o los medicamentos causales. Por otra parte la Rifampicina, droga fundamental en el tratamiento antituberculoso, es potente inductor hepático del citocromo p450 y de las enzimas UGT1A1. Esta inducción se traduce en aumento del catabolismo de muchas drogas y, en el caso particular de los ARV, esto afecta a los IP, reforzados o no con ritonavir, los INNTR e incluso a miembros de las nuevas familias de ARV, como por ejemplo Raltegravir y Maraviroc (74). Estas interacciones pueden resultar en dosis subterapéuticas de IP y variables de INNTR por lo que el uso concomitante de Rifampicina e IP está contraindicado, no así con Rifabutina que produce menos inducción enzimática pero no está disponible en Chile. Con INNTR la interacción es menor y es posible usar Rifampicina y Efavirenz o Nevirapina con o sin modificar la dosis de los últimos.

Finalmente, en tuberculosis como en otras infecciones en inmunosuprimidos, se puede producir una exacerbación clínica de la enfermedad con la recuperación del estado inmune y de la capacidad de respuesta inflamatoria previamente debilitada. La TAR puede inducir esta recuperación y producir el cuadro clínico del síndrome de reconstitución inmune (SRI) en casos de coexistencia de tuberculosis, incluso con tratamiento antituberculoso. A mayor inmunodepresión inicial y mayor recuperación inmune inducida por TAR, mayor frecuencia y severidad del fenómeno (75). Todo esto ha llevado a que frente a la comorbilidad se deba ser cauto con la selección tanto del tratamiento para ambas condiciones como la oportunidad de su inicio. Frente a la coinfección activa debe primar el inicio a la brevedad del tratamiento de la tuberculosis. El momento de la iniciación de la TAR no está completamente definido y es tema de controversia.

- **El tratamiento de la tuberculosis debe ajustarse a los mismos principios generales que en el resto de la población (Nivel de evidencia: Al).**
- **En casos de diagnóstico de tuberculosis en pacientes en TAR, se recomienda mantener la TAR e iniciar tratamiento antituberculoso de inmediato. Dado que la Rifampicina es pieza fundamental del tratamiento antituberculoso, ésta debe formar parte del tratamiento y no se deben incluir IP en la TAR por lo que, si el paciente los estaba recibiendo, debe cambiarse a Efavirenz o Nevirapina en dosis habitual. De no ser posible el cambio del IP, Rifampicina debe ser sustituida por Rifabutina (Nivel de evidencia: All).**
- **En pacientes sin TAR al momento del diagnóstico de tuberculosis, se recomienda iniciar tratamiento antituberculoso estándar de inmediato.**

El momento de inicio de TAR es controversial. Se debe sopesar el riesgo de progresión de la infección por VIH con el riesgo de aparición de SRI. Pacientes con bajo riesgo de progresión ($CD4 > 200$ células/ mm^3) pueden iniciar TAR luego de 8 semanas de tratamiento antituberculoso, al momento de pasar a la fase bisemanal. En pacientes con mayor inmunodepresión se recomienda iniciar TAR más precozmente, pero no antes de 2 semanas de tratamiento antituberculoso, con estricto control clínico para detectar precozmente SRI (Nivel de evidencia: BI).

3. Pacientes con coinfección con virus hepatitis

La infección por VHB es más frecuente en la población VIH que en la población general, especialmente en varones homo/ bisexuales. En Chile entre el 25% y el 43% de las personas con VIH tiene marcadores de exposición a VHB (76, 77). La cronicidad de la infección por virus B es también más frecuente que en la población general con un 6,1% a un 8,3% de portadores crónicos de VHB entre pacientes VIH que inician TAR (29, 77). La prevalencia de coinfección VIH/ VHC es altamente variable con tasa entre un 2,6% y un 5,3% entre pacientes VIH que inician TAR en Chile (29, 77).

La coinfección VIH aumenta el riesgo de desarrollar infección crónica por ambos virus hepatitis disminuyendo la probabilidad de clearance espontáneo y se asocia a mayor replicación de los virus hepatitis y viremias más altas, impactando negativamente la historia natural de las hepatitis crónicas B y C con una evolución más rápida a la enfermedad hepática terminal y mayor riesgo de carcinoma hepatocelular. El impacto de la infección crónica por virus hepatitis en la historia natural de la infección por VIH es menos claro, sin embargo hay más incidencia de hepatotoxicidad por antirretrovirales y de síndrome inflamatorio de reconstitución inmune en coinfestados con un riesgo más alto de descontinuación de TAR.

Actualmente hay tratamientos disponibles para la hepatitis B crónica con antivirales activos contra la polimerasa de VHB que reducen la viremia VHB, mejoran parámetros bioquímicos y clínicos de la hepatitis, pueden lograr la seroconversión de antígeno e y de HBsAg e incluso inducir regresión de la fibrosis (78, 79). Algunos tienen acción exclusiva sobre VHB y otros como Lamivudina, Emtricitabina y Tenofovir tienen acción tanto contra VHB como VIH. En pacientes coinfestados que requieran inicio de TAR, el esquema de antirretrovirales debe incluir Tenofovir junto con Lamivudina o Emtricitabina más una tercera droga antirretroviral, de manera de tener triple acción antirretroviral y doble acción antihepatitis B, independiente de si la infección por VHB tiene criterios de inicio de tratamiento debido a que, con frecuencia, el grado de actividad histológica de la hepatitis B es mayor que el que permiten predecir los marcadores bioquímicos y los pacientes coinfestados tienen un riesgo mayor de fibrosis y cáncer. La inclusión de una sola droga con acción contra VHB tiene eficacia similar pero se asocia a una tasa mayor de aparición de resistencia de VHB, independiente de la eficacia antirretroviral (80).

En casos de coinfección sin criterios de inicio de TAR en que haya sólo indicación de terapia antihepatitis B se ha evaluado el uso de drogas de acción exclusiva contra VHB sin acción antirretroviral, como Interferón alfa pegilado, Telbivudina, Adefovir en dosis de 10 mgs/ día o Entecavir, y postergar el inicio de TAR, pero se pueden comprometer opciones futuras por aparición de resistencia cruzada (81). Los criterios tradicionales de inicio de tratamiento para VHB en monoinfectados, basados en niveles de transaminasas, antígeno e y ADN – VHB, son más amplios en coinfectados y en general se recomienda tratar en base a los niveles de ADN – VHB, independiente de HBe y transaminasas. Se debe considerar el inicio de terapia antirretroviral completa, que incluya al menos 2 drogas activas contra VHB, aunque el paciente no reúna criterios clínico – inmunológicos de inicio de TAR.

La interrupción de la terapia, especialmente de los antivirales de acción mixta, puede asociarse a un deterioro de las pruebas hepáticas y/o reactivación de hepatitis clínica. La duración del tratamiento de la hepatitis B no está definida, excepto cuando se logra seroconversión y, en general en coinfectados, debe considerarse de por vida. En caso de fracaso de la TAR y resistencia a uno o más de los ARV con acción antihepatitis B, deben introducirse las drogas nuevas necesarias para tener 3 drogas ARV efectivas sin suspender los antivirales activos contra VHB si no están fracasando, lo que puede significar el uso simultáneo de 4 o 5 drogas.

El tratamiento actual de la hepatitis C es la asociación de Interferón pegilado y Ribavirina, análogo de guanosina de baja potencia antiviral. Es prolongado, tiene eficacia subóptima, efectos colaterales importantes, alto costo y requiere administración subcutánea del Interferón, sin embargo los pacientes que logran respuesta virológica sostenida (RVS) logran erradicar el VHC. Desafortunadamente en pacientes coinfectados con VIH los resultados son inferiores (82, 83, 84), especialmente con genotipo 1 en que alcanza entre 14 y 29% de RVS, por lo que se han usado dosis más altas de Ribavirina y períodos más prolongados de tratamiento. Por otra parte, los efectos colaterales son mayores en particular la anemia inducida por Ribavirina que se ve favorecida por la mayor incidencia de anemia basal o inducida por AZT. Otras interacciones entre la TAR y el tratamiento de la hepatitis C también dificultan el manejo de pacientes coinfectados. El ddl se asocia a mayor incidencia de pancreatitis, acidosis láctica y descompensación hepática en pacientes que reciben Ribavirina y los análogos de purinas, en particular Abacavir, pueden antagonizar la Ribavirina conduciendo a menores tasas de RVS (85, 86).

La Ribavirina tiene además efectos teratogénicos durante el embarazo. Este efecto se mantiene pese a la suspensión del fármaco, hasta 4 meses después de la suspensión y en los hombres se ha observado eliminación del fármaco en el semen hasta 7 meses después de suspendido. No hay estudios que demuestren la seguridad de su uso durante la lactancia (87).

- En pacientes con coinfección VIH/ VHB que cumplen criterios de inicio de TAR, el esquema de tratamiento debe incluir 2 ARV activos contra virus hepatitis (TDF/ FTC), independiente de la presencia de criterios de inicio de tratamiento de VHB. Se debe efectuar monitoreo frecuente de pruebas hepáticas (Nivel de evidencia: AIII)
- Los pacientes coinfecados en TAR exitosa que incluye 3TC sin otro antiviral activo contra VHB deben cambiar el otro INTR a TDF (Nivel de evidencia: AIII)
- En pacientes que sólo requieren tratamiento de la infección por VHB, igualmente se debe considerar el inicio de TAR con 3 drogas activas contra VIH, incluyendo aquellas que se requieren para el tratamiento de VHB (Nivel de evidencia: BIII). No se recomienda el tratamiento de VHB con Peginterferon, Adefovir o Entecavir exclusivos (Nivel de evidencia: DIII)
- El tratamiento de la hepatitis B, una vez iniciado, debe ser mantenido en forma indefinida, excepto en los casos en que logre seroconversión de antígeno e (Nivel de evidencia. AI).
- Los ARV con acción mixta deben mantenerse aunque estén fracasando contra VIH. Los ajustes requeridos a la TAR por fracaso virológico VIH deben considerar siempre la mantención de 2 drogas activas contra VHB si no ha habido seroconversión (Nivel de evidencia: AI)
- El manejo de la coinfección VIH –VHB en embarazadas debe ser en base a los mismos criterios y usando los mismos antivirales recomendados para la coinfección en general (Nivel de evidencia: AIII)
- En pacientes coinfecados con VHC que reciben Ribavirina, debe evitarse el uso de ddl, d4T y AZT. Abacavir puede usarse con cautela (Nivel de evidencia: DII). Se recomienda la combinación TDF/ FTC o TDF/ 3TC en el tratamiento antiretroviral de estos pacientes (Nivel de evidencia: BII).
- Debe evitarse el embarazo en mujeres en tratamiento con Ribavirina y hasta 4 meses después de suspendido. También debe evitarse el embarazo si el hombre está en tratamiento con Ribavirina o la ha recibido en los últimos 7 meses (nivel de evidencia AII)

4. Nefropatía asociada a VIH

Las alteraciones renales en pacientes infectados por VIH son relativamente frecuentes y pueden deberse a múltiples causas que incluyen drogadicción endovenosa, coexistencia con otras patologías infecciosas como endocarditis, sífilis, hepatitis B, comorbilidades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus, nefrotoxicidad medicamentosa por aminoglucósidos, Tenofovir o Indinavir, entre otros. La nefropatía asociada a VIH (NAVIH), patología específica relacionada a la infección por VIH es causa principal de insuficiencia renal crónica en pacientes VIH con ascendencia africana (88). No se relaciona estrictamente con el nivel de inmunodepresión sino más bien con la replicación viral activa y se caracteriza fundamentalmente por proteinuria pudiendo llevar a síndrome nefrótico y deterioro de la función renal. La TAR exitosa puede prevenir e incluso aminorar o revertir esta alteración.

También debe tenerse presente la nefrotoxicidad de algunos ARV al elegir el esquema de TAR y, en particular, su grado de excreción renal. La mayoría de los INTR se eliminan por esta vía lo que puede llevar a su acumulación en presencia de insuficiencia renal, requiriendo ajuste de dosis (Anexo 5).

- **Se recomienda que, después del diagnóstico diferencial con otras etiologías de daño renal, se inicie TAR con el objeto de controlar la replicación viral en pacientes con NAVIH, independiente de los recuentos de CD4 (Nivel de evidencia: AI).**

5. Otras condiciones asociadas a VIH

Pese a que la mayoría de las condiciones no indicadoras de etapa SIDA asociadas a VIH se acompañan de inmunodepresión y tienen por tanto indicación de inicio de TAR, algunas condiciones de significación clínica no necesariamente se presentan con enfermedad avanzada, como por ejemplo endocarditis, sepsis y trombocitopenia. Esta última es consecuencia generalmente de fenómenos autoinmunes asociados a VIH y puede revertir con TAR exitosa (89).

Se recomienda el inicio de TAR en pacientes con trombocitopenia asociada a VIH de significación clínica, independiente del estado inmune. (Nivel de evidencia: BII).

g. Interrupciones de TAR

Dada la frecuente toxicidad de las drogas antiretrovirales que puede llevar a menor adherencia y fracaso virológico con desarrollo de resistencia, ha habido un número importante de ensayos clínicos tendientes a evaluar si es posible suspender la TAR en forma programada y temporal en aquellos pacientes en quienes se ha logrado supresión de la replicación viral y recuperación significativa de los niveles de inmunodepresión con el objeto de disminuir los efectos colaterales indeseados de la TAR. Incluso se ha postulado que la reaparición de niveles altos de VIH en sangre pudiera estimular la respuesta inmune. Diversos ensayos clínicos mostraron resultados variables, sin embargo el estudio SMART, el mayor en abordar este aspecto, con varios

miles de pacientes enrolados mostró inequívocamente que la suspensión de TAR, aún con niveles de CD4 alejados de inmunodepresión significativa, es deletérea para los pacientes con mayor morbilidad y mortalidad. Incluso complicaciones hepáticas y cardiovasculares, habitualmente asociadas a la TAR, fueron más frecuentes en el grupo de pacientes con suspensiones de TAR. Estos eventos fueron atribuidos a la reaparición de replicación viral persistente, a través de inducción de un estado de actividad inflamatoria generalizada, con caída secundaria de CD4 (7, 28).

- **Las interrupciones programadas de la TAR no se recomiendan (Nivel de evidencia: AI). En el caso de interrupciones temporales forzadas por patologías intercurrentes, toxicidades severas, evaluación de causalidades de efectos adversos o alergia, interacciones medicamentosas, se debe hacer el mayor esfuerzo para que la suspensión sea de la menor duración posible**
- **En casos en que sea inevitable suspender transitoriamente la TAR, debe hacerse de forma tal que no haya suspensión simultánea de drogas de diferente vida media que pudiera determinar la existencia de “monoterapia encubierta” con la droga de mayor vida media (INNTR) y riesgo de desarrollo de resistencia (Nivel de evidencia: AI).**

h. Uso de test de resistencia

La resistencia a ARV con acción en la transcriptasa y en la proteasa se presenta por la aparición de mutaciones a nivel del gen pol, principalmente en el sitio de la transcriptasa reversa y en el de la proteasa viral, que determinan una reducción en la susceptibilidad a las drogas de la cepa viral del paciente, comparado con la cepa salvaje. La emergencia de resistencia es un fenómeno irreversible, por lo que es de gran relevancia considerar el historial de ARV del paciente antes de decidir un cambio terapéutico, ya que las mutaciones se van acumulando, aun cuando no estén presentes en el último estudio genotípico. La acumulación de resistencia a múltiples clases de drogas puede dejar al paciente sin opciones de terapia efectiva, llevando a progresión de la enfermedad y muerte (90).

Las mutaciones de resistencia aparecen frente a la presión selectiva de drogas y permanecen en la población viral. Los tests genotípicos de resistencia habituales detectan mutaciones si están presentes en más del 20% de la población viral. Cuando la presión de las drogas es discontinuada, predomina la cepa salvaje con mayor capacidad replicativa, con lo que las mutaciones pueden representar menos del 20% y no ser detectadas por los estudios de genotipificación. Al reinstalar la terapia con las drogas previamente usadas o con drogas con resistencia cruzada con ellas se produce una rápida reaparición de las cepas mutantes y el fracaso de la TAR.

El test de genotipificación es un ensayo basado en la amplificación genética, mediante PCR, de las regiones del genoma del virus implicadas en el desarrollo de resistencia (gen pol), para luego analizar su secuencia nucleotídica. De acuerdo al último boletín de la International AIDS Society-USA las mutaciones de resistencia relevantes son las siguientes (91):

- Para los INTR están las denominadas TAM (mutaciones asociadas a los análogos de timidina): M41L, D67N, K70R, L210W, T215Y/F y K219Q, las que son seleccionadas por AZT y d4T, drogas a las que confieren principalmente resistencia, pero también presentan resistencia cruzada con todo el grupo de los INTR, menos intenso para 3TC y FTC. Las TAM presentan un efecto acumulativo, por lo que se requiere la presencia de 3 ó más de ellas para generar multirresistencia y, en el caso de TDF, incluir mutaciones en las posiciones 41 o 210.

Dentro de las mutaciones específicas para INTR son de importancia la mutación K65R, asociada a resistencia TDF pero también a casi todo el grupo, salvo a AZT y d4T; la mutación L74V que confiere resistencia a ddI y Abacavir, y la mutación M184V que induce resistencia a 3TC, FTC, y tiene un efecto modesto en Abacavir. Estas tres mutaciones le otorgan hipersusceptibilidad a AZT.

El complejo de inserción en el codón 69 (69 ins) y el de la Q151M confieren multirresistencia a todo el grupo de los NRTI, excepto el TDF en el caso de la Q151M.

- En la familia de los INNTR, dada su baja barrera genética, se requiere de una sola mutación para conferir multirresistencia: Y181C, Y188L, K103N, entre otras. Etravirina mantiene actividad en presencia de 1 a 2 mutaciones de resistencia a la familia, comprometiéndose su eficacia con la acumulación de 3 ó más mutaciones. En particular la mutación K103N no confiere resistencia a esta droga.
- Los IP presentan una alta barrera genética por lo que generalmente es necesaria la presencia de más de tres mutaciones para ocasionar multirresistencia. Las mutaciones más importantes son V32I, M46I/L, I47A/V I50V, I54L/M/V, V82A/F/T/S, I84V/A/C Y L90M. En cuanto a mutaciones específicas son de especial importancia la mutación I50L con resistencia a Atazanavir, la I50V a Fosamprenavir, la D30N a Nelfinavir, la I47A a Lopinavir y la G48V que confiere resistencia a Saquinavir. Lopinavir y Darunavir son los IP con mayor barrera genética de resistencia.

Los estudios fenotípicos, miden la capacidad del virus de proliferar, frente a diferentes concentraciones de las drogas ARV. Las secuencias de los genes de la proteasa y de la TR, derivado del RNA viral plasmático del paciente, son insertadas en cepas VIH de laboratorio, ya sea por clonación o por recombinación in vitro. La replicación del virus recombinante, a diferentes concentraciones de drogas, es monitorizada y comparada con la replicación de la cepa VIH de referencia. Se calcula la concentración de droga capaz de inhibir el 50% de la replicación viral, la que se expresa como IC50, y se interpreta como "fold change", es decir el incremento de la IC50 en caso de resistencia. Estos estudios no están disponibles en Chile, son más costosos, tienen mayor demora en su ejecución, y dificultad en su interpretación en comparación con los estudios de genotipificación, sin embargo en determinadas circunstancias son complementarios a ellos y beneficiosos para el paciente.

El test de resistencia es de máxima utilidad en pacientes que están recibiendo TAR y en falla virológica. Los estudios de genotipificación en pacientes con TAR suspendida no son confiables por cuanto las mutaciones de resistencia pueden no ser detectadas por el examen por el predominio de cepas salvajes. Se requieren más de 1.000 copias/ ml de virus para obtener material genético suficiente para su realización. Cargas virales en TAR levemente superiores a este umbral con frecuencia son consecuencia de escapes transitorios de viremia ("blips") (92) o de falla en la adherencia a la TAR.

La indicación del test de resistencia en pacientes vírgenes a tratamiento depende de la prevalencia de resistencia primaria en la población, recomendándose su uso rutinario cuando ésta supera al 5%. En la mayoría de las guías internacionales se recomienda el test de genotipificación en pacientes sin exposición previa a ARV hasta dos años después de la seroconversión. La indicación en pacientes con infección crónica es discutida. Es importante señalar que ha habido una tendencia a disminuir la resistencia primaria en países desarrollados, siendo en Europa de 8,5% en promedio (93). En Chile existen dos publicaciones que no avalan el uso del test de genotipificación en pacientes sin exposición previa a ARV. El primer estudio fue realizado en 60 pacientes, previo al acceso masivo a TAR en nuestra población en 2001-2002, y no se encontró resistencia primaria, sin embargo este estudio se realizó en pacientes con infección VIH crónica que pueden ocultar mutaciones de resistencia primaria (94). El segundo de ellos mostró resistencia en 3 pacientes de un universo de 25, los que provenían de un nivel socioeconómico alto y tenían el antecedente de un probable contagio en el extranjero (95). En la actualidad se está evaluando en Chile la prevalencia de resistencia primaria en pacientes con seroconversión en los últimos 12 meses, lo que pudiera eventualmente determinar un cambio en futuras recomendaciones.

Se recomienda la realización de estudio de genotipificación en:

- Falla virológica primaria o secundaria en TAR en que la determinación de las mutaciones de resistencia asociadas al fracaso permite maximizar el número de drogas sensibles en el nuevo esquema. (Nivel de evidencia: AII)
- El examen debe realizarse sin suspender la terapia y con dos CV en meses consecutivos superiores a 1.000 copias/ ml. (Nivel de evidencia: AII)

No se recomienda la realización del estudio de genotipificación:

- Después de 4 semanas de suspendida la TAR por cuanto la población viral con mutaciones asociadas a resistencia pasan a ser cuasiespecies minoritarias en ausencia de la presión selectiva de las drogas y el test de resistencia sólo detecta cuasiespecies representativas de más del 20% de la población viral. (Nivel de evidencia: DII)
- En pacientes con carga viral menor a 1.000 copias/ ml por cuanto el bajo nivel de HIV-RNA no permite el análisis genético. Es relevante por tanto disponer de una carga viral reciente (no más de 2 meses) al solicitar la genotipificación. (Nivel de evidencia: EII)

i. Cambio de TAR por fracaso

En la actualidad, la mayoría de los pacientes en TAR logra eficacia virológica sostenida con CV indetectable por períodos mayores a 5 años (27). En la Cohorte Chilena de SIDA más del 75% de los pacientes tiene CV < 400 copias/ ml a 3 años, aún en casos con CV basal elevada que pueden tardar más en hacerse indetectables, y el fracaso virológico representa menos del 15% de las causas de término de una TAR (29). Sin embargo los pacientes que fracasan en lograr una supresión sostenida de la replicación viral constituyen un problema clínico relevante por estar más expuestos a deterioro inmunológico y progresión clínica y por la reducción de las posibilidades terapéuticas que implica la frecuente aparición de resistencia viral en ellos, sin contar el riesgo potencial de transmisión de virus resistentes a ARV. El desarrollo de nuevos ARV y nuevas familias de drogas que actúan en blancos virales distintos de los

clásicos, ha incrementado las posibilidades de construir esquemas de tratamiento que logren supresión viral completa en estos pacientes, con la consiguiente recuperación inmunológica y clínica.

Es importante por tanto definir el fracaso virológico, considerando que en seguimientos exhaustivos de CV en pacientes en TAR exitosa se ha demostrado que aproximadamente el 30% de ellos presenta episodios de viremia detectable, generalmente de bajo nivel y transitoria, que no se asocia a resistencia a ARV ni a deterioro inmunológico o clínico y que no constituye fracaso de la TAR (96). No existe consenso en el nivel de CV detectable en TAR que defina fracaso virológico y existen enfoques más agresivos que consideran CV > 50 copias/ ml como falla virológica y otros que establecen el límite entre 1.000 y 5.000 copias/ ml, sin embargo es claro que se requieren 2 mediciones en meses consecutivos con CV detectable para considerar fracaso por cuanto son frecuentes las mediciones aisladas mayores de 50 copias y aún mayores de 1.000 copias/ ml que vuelven a ser indetectables en la siguiente medición, probablemente por variaciones en el nivel de adherencia a TAR. El manejo óptimo de la falla virológica requiere realizar estudios de resistencia viral y el nivel de ARN viral en sangre necesario para poder efectuar los estudios convencionales de genotipificación es de 1.000 copias/ ml por lo que cargas virales sobre este nivel constituyen un límite razonable para la definición de fracaso virológico y la realización de estudios de resistencia.

El fracaso virológico así definido puede ocurrir en forma primaria, vale decir cuando no se logra la supresión de la replicación y hay CV repetidas mayores de 1.000 copias/ ml a los 6 meses de TAR, o bien en forma secundaria, cuando reaparece CV > 1.000 copias/ ml después de haber logrado la indetectabilidad. La mantención de una terapia en fracaso se asocia definitivamente a la acumulación de nuevas mutaciones de resistencia a las distintas familias de ARV con la consiguiente reducción de las opciones terapéuticas futuras y también se ha asociado a mayor mortalidad (90). Asimismo la adición de una sola droga activa o el cambio de un ARV por toxicidad en un esquema en fracaso constituye monoterapia secuencial y facilita la aparición de resistencia.

En general es posible construir esquemas de TAR con 3 drogas activas en pacientes con una primera falla virológica, especialmente si el cambio de terapia se hace oportunamente, antes que se acumulen más mutaciones de resistencia. Al igual que en la primera TAR, los esquemas con 4 drogas no han demostrado mayor eficacia que aquellos con 3 ARV completamente activos. El inicio de una segunda TAR debe ir acompañado de una evaluación y refuerzo de la adherencia a TAR, factor que incide de manera significativa en el fracaso y la resistencia. Se deben preferir los ARV de más fácil administración en cuanto al número de tabletas y de tomas diarias. El escenario más frecuente es el fracaso de un primer esquema con 2 INTR y un INNTR con mutaciones que dan resistencia cruzada para INNTR y resistencia selectiva para ciertos INTR. En estos casos se deben seleccionar 2 INTR a los cuales el virus es sensible en base al estudio de genotipificación, asociados a un IP reforzado con Ritonavir. En los fracasos de esquemas con IP reforzados es menos frecuente y extensa la resistencia a INTR y con frecuencia no hay mutaciones

mayores de resistencia a IP (51, 97), por lo que en estos pacientes se pueden construir esquemas con 2 INTR y un IP reforzado diferente del primero o con un INNTR.

En pacientes con más de una terapia previa, la construcción del mejor esquema de tratamiento es más compleja y debe considerar la historia de toxicidades previas y la acumulación de mutaciones de resistencia en las distintas genotipificaciones. Algunas mutaciones pueden estar ocultas en el último estudio, sin embargo permanecen archivadas en los reservorios virales y reaparecen rápidamente con la presión selectiva de los ARV. Antes de la introducción de las nuevas familias de ARV, frecuentemente era necesario recurrir a la utilización de ARV parcialmente activos o a la mantención de ciertos ARV como 3TC o FTC en presencia de la mutación M184V para mantener la presión selectiva sobre un virus con capacidad replicativa disminuida y evitar el rebote viral y deterioro inmunológico asociado a su suspensión (98). De esta manera se construían esquemas de 4 ó más ARV para lograr un Score cercano a 3, asignando Score 1 a las drogas completamente activas y Score 0,5 a las parcialmente activas. También se han utilizado esquema con 2 IP reforzados exclusivos o asociados a una sola droga activa en la transcriptasa reversa que, en general, han mostrado mayor toxicidad, potencia menor y respuesta virológica más lenta (99).

Recientemente se ha introducido en Chile Darunavir, un nuevo IP activo frente a virus resistentes a los IP tradicionales, que ha demostrado alta eficacia en pacientes experimentados con múltiples ARV en conjunto con otras drogas activas (60, 100). Recientemente está disponible Etravirina, un nuevo INNTR activo contra virus resistentes a otros INNTR, que demostró mayor eficacia que placebo en los estudios DUET 1 y 2 en lograr CV < 50 copias/ ml en 1.203 pacientes experimentados, usado conjuntamente con Darunavir y un tratamiento de base optimizado (101, 102, 103). En el estudio TRIO en desarrollo, en asociación con Darunavir y Raltegravir, logró eficacia del 90% a semana 24 en 103 pacientes muy experimentados (104). Además se cuenta con nuevas familias de ARV que actúan sobre blancos virales diferentes de la transcriptasa y la proteasa y por tanto son activos contra virus que presentan mutaciones en los genes que codifican estas enzimas. Entre ellos destaca Raltegravir, antagonista de la integrasa viral, de gran potencia y baja toxicidad e interacciones farmacológicas, con eficacia superior a 60% en pacientes con fracasos previos (105, 106). También se encuentra disponible en Chile el primer antagonista de los correceptores CCR5, Maraviroc, con eficacia del orden del 50% en pacientes con fracasos previos con virus con tropismo R5 (107). Desafortunadamente cerca del 50% de los pacientes experimentados tienen tropismo viral dual mixto o X4 y no son candidatos para el uso de Maraviroc. El uso de este ARV requiere la determinación previa del tropismo viral. Hace algún tiempo se encuentra disponible Enfuvirtida, antagonista de fusión de uso subcutáneo, que fue el primer ARV que mostró eficacia significativa en pacientes experimentados (108).

Cuando los nuevos ARV son usados en conjunto por primera vez en pacientes con fracasos previos, se han logrado eficacias comparables a la primera TAR, lo que ha llevado al concepto de que los pacientes multitratados son nuevos “naïve” en los cuales la utilización de 3 drogas activas puede llevar a eficacia

similar a la de la TAR en pacientes sin exposición previa a ARV. Por lo tanto la meta en ellos no es otra que lograr la indetectabilidad duradera. En pacientes con extensa resistencia a ARV se debe procurar la construcción de un esquema de TAR con 3 drogas activas en base al análisis conjunto de los distintos estudios de resistencia. La combinación de ARV tradicionales y nuevos a utilizar debe ser analizada caso a caso y basarse en la recomendación de médicos expertos en el tema de la resistencia viral.

Se recomienda considerar fracaso virológico la presencia de 2 CV consecutivas > 1.000 copias/ ml . (Nivel de evidencia: BIII)

- Frente al fracaso virológico se debe construir un nuevo esquema de TAR que contenga 3 drogas completamente activas en base al estudio de resistencia viral, los estudios previos de resistencia si los hubiere y la recomendación de expertos (Nivel de evidencia: AI). Los 3 ARV deben ser de familias diferentes, excepto si hay 2 INTR activos, y en lo posible el nuevo esquema debe contener un IP reforzado (Nivel de evidencia: BII)
- Frente al fracaso, no debe retrasarse el estudio de resistencia y el cambio de TAR, especialmente si el esquema en fracaso contiene un INNTR (Nivel de evidencia: AII)
- El inicio de un nuevo esquema de TAR después del fracaso siempre debe ir precedido del refuerzo de la adherencia a TAR (Nivel de evidencia: AII)
- Cuando una TAR está en fracaso, no debe agregarse un sola nueva droga activa ni cambiarse un solo ARV por toxicidad (Nivel de evidencia: AI)
- El objetivo de la nueva TAR después del fracaso es lograr CV < 80 copias/ ml y no se recomienda el uso de ARV contra los cuales hay resistencia con el objeto de mantener presión selectiva, salvo que no haya posibilidad de construir un régimen supresor (Nivel de evidencia: BII)

j. Cambio de TAR por toxicidad

Efectos adversos han sido reportados para todos los antiretrovirales disponibles, constituyen la principal causa de falta de adherencia a TAR y son más importantes que el fracaso virológico como motivo de suspensión o cambio de tratamiento. En Chile el 15,9% de los pacientes requiere cambio de su primer esquema de TAR por toxicidad, siendo ésta la causa del 47% de las suspensiones de tratamiento. Se observa principalmente en los primeros meses de tratamiento. Las principales toxicidades causantes de suspensión de tratamiento en Chile son la toxicidad hematológica, rash cutáneo y toxicidad gastrointestinal (29). Factores como género, medicamentos concomitantes, abuso de alcohol o coinfección con virus hepatitis predisponen a ciertas toxicidades; las mujeres son más susceptibles a la toxicidad hematológica, hepática, cutánea y mitocondrial; los pacientes con abuso de alcohol o coinfección con virus hepatitis son más susceptibles a toxicidad hepática.

También deben considerarse las interacciones entre ARV y con otras drogas como factores favorecedores de toxicidad.

Reacciones de hipersensibilidad: Prácticamente todos los antiretrovirales pueden asociarse a reacciones de hipersensibilidad, sin embargo los INNTR y el INTR Abacavir son lo que con mayor frecuencia producen este efecto adverso. Dentro de los INNTR Nevirapina y con menor frecuencia Efavirenz, pueden producir reacciones de hipersensibilidad cutáneas. Rara vez producen un síndrome de Stevens-Johnson o necrolísis epidérmica tóxica. Cuando aparece rash cutáneo por Efavirenz o Nevirapina, si éste es leve, se puede intentar manejo con antihistamínicos H1, pero si persiste o progresiona, se debe suspender la droga. La mayoría de los pacientes que desarrollan rash cutáneo con Nevirapina no lo hacen con Efavirenz, por lo que puede intentarse este cambio, pero no se recomienda probar NVP cuando ocurrió rash cutáneo con EFV.

La reacción de hipersensibilidad a Abacavir se ha sospechado en el 4% de la población chilena infectada con VIH y expuesta a la droga. Es un cuadro sistémico y grave que aparece como promedio a los 9 días del inicio de la droga y que se caracteriza por la aparición de fiebre, rash cutáneo, náuseas, vómitos, malestar, diarrea, dolor abdominal y si no es reconocido y tratado a tiempo puede evolucionar al shock, distress respiratorio y eventualmente la muerte. Se asocia con la presencia del HLA B* 5701, por lo que se recomienda su determinación antes de iniciar Abacavir. Pacientes sin HLA B* 5701 no tienen riesgo de presentar esta reacción. En pacientes que han presentado una reacción de hipersensibilidad, la re-exposición desencadena el cuadro de inmediato y puede producir la muerte. Se han descrito reacciones de hipersensibilidad con mucha menor frecuencia con APV, FPV, DRV, AZT, ddI, IDV, LPV/r y ATV.

Efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) y periférico (SNP):

Efectos sobre SNC: El uso del INNTR Efavirenz se asocia en más del 50 % de los casos con la aparición de somnolencia, insomnio, sueños vívidos, mareos, alteración de la capacidad de concentración y ocasionalmente síntomas depresivos, alucinaciones o agravación de cuadros psiquiátricos pre-existentes. Los síntomas aparecen dentro de los primeros días desde el inicio de EFV y en la mayoría de los casos se atenúan o desaparecen dentro de 2 a 4 semanas. Los pacientes con mayor riesgo de presentarlos son aquellos con patología psiquiátrica de base o de raza negra. Se recomienda tomar la droga al momento acostarse y con estómago vacío lo que disminuye las concentraciones de la droga en plasma y SNC. Muy rara vez es necesario cambiar EFV por esta causa.

Efectos sobre SNP: El uso de d4T y con menor frecuencia de ddI se puede asociar con la aparición de una polineuropatía periférica que aparece semanas a meses luego del inicio de TAR y que se manifiesta por adormecimiento y parestesias de pies pudiendo evolucionar a neuropatía dolorosa de pies y pantorrillas. Rara vez se comprometen extremidades superiores, puede ser muy invalidante y en ocasiones irreversible. Los factores de riesgo más

importantes son neuropatía preexistente e infección avanzada por VIH. El tratamiento incluye el reemplazo de la droga causal por un ARV sin riesgo de toxicidad mitocondrial y el uso de tratamiento farmacológico con Gabapentina, Amitriptilina, Pregabalina y/o analgésicos.

Hepatotoxicidad: Se ha descrito en relación al uso de Nevirapina, Estavudina y varios IP incluyendo Tipranavir (no disponible en Chile), DRV y Ritonavir. Varios otros ARV pueden producir aumento asintomático de transaminasas o bilirrubina indirecta como en el caso de IDV y ATV. El cuadro más grave es la Insuficiencia hepática aguda asociada a Nevirapina que se presenta con mucho mayor frecuencia en mujeres con recuentos de CD4 antes del inicio de NVP mayores a 250 cél/mm³ (11% versus 0.9% con recuentos < 250 cél/mm³) o en hombres con recuentos de CD4 > 400 cél/mm³ (6.3% versus 2.3 % con recuentos < 400 cél/mm³). El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de náuseas, vómitos, mialgias, dolor abdominal, rash cutáneo en el 50 % de los casos y puede progresar a insuficiencia hepática fulminante con encefalopatía.

Dislipidemia: Todos los inhibidores de proteasa con la excepción de ATV y los ITR (INTR e INNTR), excepto Tenofovir y Nevirapina, pueden producir elevación de niveles de lípidos séricos. Los IP se asocian con aumento de colesterol total y LDL y de triglicéridos. Los ITR producen predominantemente hipertrigliceridemia. El factor de riesgo conocido más importante es la presencia de dislipidemia antes del inicio de TAR. Cuando se observa esta complicación, se debe evaluar e intentar modificar los factores de riesgo cardiovascular. Se debe efectuar modificaciones en el estilo de vida por medio de dieta, ejercicio y suspensión de tabaquismo cuando existe. Si no se logran cambios significativos en el nivel de lípidos, se debe adicionar terapia farmacológica. Si el riesgo cardiovascular es elevado o el manejo de la dislipidemia es difícil se debe considerar el cambio a ARV que no produzcan dislipidemia. En el caso en que predomine la hipercolesterolemia, se debe utilizar estatinas como Atorvastatina, Pravastatina o Rosuvastatina. No se debe utilizar Lovastatina ni Simvastatina, porque los niveles plasmáticos de estos se elevan en forma considerable al utilizarlos en combinación con IP. Si no hay respuesta satisfactoria a estatinas, se debe considerar el uso de Ezetimibe y Ácido Nicotínico. Si lo que predomina es la hipertriglyceridemia, se debe utilizar fibratos como Gemfibrozilo o Fenofibrato. Cuando se inician estas drogas se debe controlar la respuesta al tratamiento dentro de las próximas 4-8 semanas con estudio de lípidos, pruebas hepáticas y niveles de CPK por el riesgo de rabdomiolisis asociado a estas drogas.

Resistencia insulínica/ diabetes mellitus: Los inhibidores de proteasa se han asociado con el desarrollo de intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus (DM). El factor de riesgo más importante es la presencia de hiperglicemia basal o historia familiar de DM. Se presenta luego de semanas o meses del inicio de TAR. Se manifiesta por los síntomas clásicos de la DM (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso) y se trata con dieta, ejercicio y terapia farmacológica cuando no hay respuesta a las medidas antes mencionadas. Se utiliza en primer lugar Metformina y si no hay respuesta se puede adicionar sulfonilureas o eventualmente cambiar a Insulina si es necesario. También se puede considerar el cambio de IP a INNTR, como tercera droga del esquema antiretroviral.

Redistribución de tejido graso: La alteración más frecuente es la pérdida de tejido graso o lipoatrofia asociado al uso de los INTR d4T, ddl y con menos frecuencia AZT. Afecta al tejido adiposo de la cara, región temporal, extremidades y nalgas. Se presenta meses después del inicio de TAR. Lamivudina, Abacavir y Tenofovir no se asocian con esta complicación. El manejo incluye cambio a drogas que no producen esta complicación como ABC o TDF. No existen tratamientos farmacológicos efectivos para esta complicación. Si existe disponibilidad se pueden efectuar procedimientos cosméticos que consisten en la inyección de polímeros en las áreas de lipoatrofia. Con menos frecuencia puede aparecer acumulación de grasa en la región dorsocervical ("tungo") y en mamas con el uso de d4T. El uso de IP se ha asociado con lipoacumulación visceral abdominal, pero existen dudas del rol patogénico de éstos versus lo que se ha denominado la "vuelta a la normalidad" de estos pacientes que reciben TAR exitosa y se comportan como la población general de la misma edad y sexo. En este caso se debe indicar dieta y ejercicio y tratar los factores de riesgo cardiovascular que se identifiquen.

Acidosis láctica: Es consecuencia de toxicidad mitocondrial grave, debida a la inhibición de la DNA polimerasa gama mitocondrial por acción de INTR, especialmente d4T, ddl y mucho menos frecuentemente AZT. Se asocia con esteatosis hepática y ocasionalmente con pancreatitis aguda. Se presenta meses después del inicio de TAR y se manifiesta por náuseas, vómitos, dolor abdominal, fatiga y baja de peso y puede evolucionar a un cuadro más grave con taquicardia, taquipnea, hiperventilación, ictericia, compromiso de conciencia y finalmente falla multiorgánica. Del punto de vista de laboratorio, existe aumento de niveles de lactato > 5 mmol/L, pH arterial y niveles de bicarbonato bajos, aumento de anion gap, enzimas hepáticas y bilirrubina y de amilasas y lipasa en pacientes con pancreatitis. Tiene una mortalidad de hasta un 50 %. Las drogas ARV o combinaciones más frecuentemente asociadas con este efecto son d4T+ddl > d4T> AZT> ddl. Ante la sospecha o confirmación diagnóstica del cuadro se debe ingresar al paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos para manejo y utilizar Tiamina y/o Riboflavina EV que pueden acelerar la recuperación del cuadro. Para evitar esta complicación no se debe utilizar como esquema ARV la combinación de ddl+d4T y se debe evitar el uso de d4T cuando existan otras opciones. No se recomienda la monitorización rutinaria de niveles de lactato luego del inicio de TAR. Raramente en pacientes que reciben d4T, puede ocurrir un cuadro de acidosis láctica junto con debilidad neuromuscular ascendente que remeda a un síndrome de Guillain-Barré y que requiere suspensión inmediata de este ARV y medidas de apoyo similares a las mencionadas en el párrafo anterior.

- **Se recomienda el monitoreo clínico y de laboratorio de la TAR según lo indicado en el punto a) para la detección oportuna de eventuales reacciones adversas a uno o más de los ARV, especialmente en los primeros 6 meses de tratamiento (Nivel de evidencia: BIII).**
- **Se recomienda el cambio del ARV causante o más probablemente causante de una reacción adversa grado 3 ó 4 (Anexo 4) con o sin suspensión transitoria de la TAR según el tipo y gravedad del evento**

adverso. Reacciones adversas grado 1 ó 2 pueden ser seguidas y tratadas (Nivel de evidencia: AII).

- **Si la TAR está en fracaso virológico al momento de la toxicidad según los criterios definidos en el punto i), se recomienda la realización inmediata de un estudio de genotipificación para evitar la monoterapia secuencial (Nivel de evidencia: AI)**
- **No se recomienda el uso de Abacavir en pacientes con HLA B* 5701 positivo por el riesgo de reacción de hipersensibilidad. En pacientes con sospecha de reacción previa de hipersensibilidad a Abacavir, éste no debe volver a usarse por el riesgo de reacciones potencialmente fatales (Nivel de evidencia: EI)**
- **Se recomienda evitar el inicio de NVP en mujeres con CD4 > 250 células/ mm³ y en hombres con CD4 > 400 células/ mm³ por el riesgo de toxicidad hepática grave (Nivel de evidencia: EII). Además todos los pacientes que inician NVP deben tener monitorización de pruebas hepáticas frecuentes hasta el 6º mes de tratamiento.**

3.1.2. Prevención de la transmisión vertical del VIH

a) Qué exámenes efectuar en embarazadas y cuándo derivar

1. Diagnóstico VIH:

El diagnóstico de VIH en la embarazada y la aplicación del protocolo completo de prevención de transmisión vertical permite reducir la tasa de transmisión desde 13 a 48% hasta menos de 1%. Además tiene beneficios para la madre conocer su condición de VIH para una adecuada evaluación de su estado inmunológico y eventual requerimiento de TAR cuya eficacia es mayor cuando se inicia oportunamente que en estados avanzados de la enfermedad.

Las intervenciones probadas para prevenir la transmisión vertical tiene máxima eficacia cuando se aplican durante el embarazo parto y al recién nacido, sin embargo la aplicación de protocolos incompletos, en caso de diagnóstico tardío también tiene impacto en reducir la transmisión.

El valor predictivo positivo del test de ELISA es más bajo en el embarazo, al ser aplicado a una población de baja prevalencia, alcanzando aproximadamente al 50%, por lo que se requieren los estudios de confirmación para asegurar la condición de VIH de la madre. Sin embargo, en situaciones de embarazo avanzado o parto en que los resultados confirmatorios no se obtendrán en forma oportuna, el beneficio de la aplicación de los protocolos supera ampliamente los riesgos de su uso en caso de falsos positivos. Estas consideraciones aplican también para los test rápidos.

Debido a las implicancias individuales y sociales que tiene el diagnóstico de infección por VIH, especialmente durante el embarazo, es recomendable que el test de ELISA VIH cumpla con 3 pre-requisitos éticos:

- consentimiento informado para la realización del examen,
- garantía de confidencialidad, si el resultado es positivo y
- disponibilidad de consejería adecuada pre y post test.

En la consejería se debe explicitar a la paciente las intervenciones disponibles para disminuir la TV y se debe entregar información clara y concisa permitiendo a la paciente aclarar dudas y temores así como valorar la necesidad de interconsultar a otros profesionales o especialistas como por ejemplo psiquiatra, psicólogo, asistente social u otro.

- **Se debe ofrecer la realización de un test de VIH a toda embarazada a más tardar en su segundo control dentro del primer trimestre de embarazo (Nivel de evidencia: AIII)**
- **Las embarazadas con test de VIH positivo confirmado por el ISP deben ser derivadas a un Centro de Atención VIH. Aquellas que se realizan el test por primera vez desde la semana 24 en adelante y resultan positivas deben ser derivadas de inmediato al Centro de Atención VIH sin esperar la confirmación del ISP para la aplicación del protocolo de TV (Nivel de evidencia: AII)**
- **En las mujeres que llegan al parto sin que se disponga del resultado de un Test de VIH, aunque éste haya sido tomado, debe ofrecerse la realización, con consejería y consentimiento, de un Test de VIH urgente o de un test rápido de diagnóstico de VIH para tomar conductas inmediatas (Nivel de evidencia: AIII)**
- **En todos los casos con algún resultado reactivo de un test VIH en que no alcance a recibirse la confirmación antes del parto, deberá aplicarse el protocolo completo en la sala de partos incluyendo suspensión de la lactancia (Nivel de evidencia: AII)**

2. Etapificación VIH:

La etapificación clínica e inmunológica de la infección VIH en la embarazada permite determinar sus propios requerimientos de TAR y eventualmente modificar el momento de inicio y el tipo de TAR en beneficio del binomio.

Se ha demostrado el beneficio para la embarazada y para el recién nacido cuando la atención del embarazo, el parto y del recién nacido es otorgada por un equipo multidisciplinario experto en el manejo de la infección VIH y que conste de un médico tratante de VIH, un obstetra, un pediatra así como profesionales de salud mental y de apoyo social en caso que fuera necesario.

- **Se recomienda que, una vez que la paciente es derivada a los Centros de Atención VIH, sea manejada en conjunto por un equipo multidisciplinario (Nivel de evidencia: AII)**

- **Los controles de embarazo deberán ser hechos por un ginecólogo en una unidad de Alto Riesgo Obstétrico, debido a la complejidad del manejo y por considerarse un embarazo de esta condición (Nivel de evidencia: AII)**
- **Se debe realizar anamnesis, examen físico completo y exámenes complementarios para etapificar la infección VIH. Se deben efectuar los siguientes exámenes (Nivel de evidencia: AIII)**
 - CD4 y CV a la madre para definir necesidad de tratamiento por su propia condición.
 - Genotipificación viral en caso de protocolo previo de prevención de TV, primoinfección VIH durante el embarazo, pareja VIH (+) conocido en TAR. La realización de la genotipificación no debe retrasar el inicio de TAR, la cuál debe ajustarse a las recomendaciones nacionales sin esperar el resultado de este examen.
- **Se deben realizar estudios complementarios para determinar edad gestacional e identificar comorbilidades: (Nivel de evidencia: AIII)**
 - Exámenes complementarios generales al ingreso:
 - Hemograma
 - Perfil bioquímico (PBQ) que incluya pruebas hepáticas y creatininemia
 - Perfil lipídico
 - Grupo y Rh, test de Coombs indirecto
 - Orina completa y urocultivo
 - VDRL o RPR
 - Ecografía para determinar EG y FUR operacional
 - Exámenes complementarios específicos al ingreso:
 - Pesquisa de ITS
 - Toma de PAP
 - Antígeno de superficie para hepatitis B y anticuerpo anticore de virus hepatitis B
 - Serología para virus hepatitis C
 - Serología para Toxoplasma gondii IgG e IgM
 - Serología de enfermedad de Chagas
 - Exámenes en los siguientes controles:
Al control obstétrico estándar, se debe agregar:
 - Énfasis en la pesquisa de síndrome hipertensivo del embarazo, incluyendo medición de proteinuria en muestra de orina aislada con cinta reactiva
 - Evaluación ecográfica similar que embarazada seronegativa excluyendo procedimientos invasivos:
 - a) Ecografía de primer trimestre para precisar edad gestacional.
 - b) Ecografía morfológica de segundo trimestre.
 - c) Ecografía 32-34 semanas para control de crecimiento fetal.

- d) Ecografía extra según evolución clínica
- o En el control de 28 semanas solicitar:
 - a. Prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO) con 75 gramos de glucosa y mediciones basal y a los 120 minutos para evaluar efectos metabólicos de los IP. Si resultara normal pero se evidencia feto creciendo sobre percentil 90 o evidencias de polihidroamnios deberá repetirse la PTGO.
 - b. Perfil lipídico y PBQ
 - c. Sedimento de orina
- o En el control de 34 semanas se debe tomar CD4 y CV cuyo resultado determinará la conducta obstétrica.

b) Cuándo iniciar TAR

Los períodos de mayor susceptibilidad de TV del VIH son el embarazo y el parto (con suspensión de lactancia materna, 35% y 65% de los casos respectivamente) y la lactancia (riesgo adicional de 14% hasta 29%) (4). Se han identificado factores que aumentan el riesgo de TV, siendo la CV materna el principal factor independiente de riesgo de transmisión. Cargas virales menores a 1.000 copias/ ml se asocian a tasas de TV significativamente más bajas, pero no existe un umbral con el cual se pueda asegurar que no habrá infección del feto o RN. Ciertas ITS también aumentan el riesgo de TV. De igual forma niveles bajos de CD4 maternos son un factor de riesgo de TV, independiente de la CV.

La mayoría de los casos de TV se producen en el periparto y especialmente durante el parto por lo cual se debe alcanzar una CV indetectable en la última fase del embarazo y parto, lo que se mide en la semana 34 sin embargo frente a CV muy altas incluida la primoinfección el riesgo de TV aumenta así como los tiempos necesarios para lograr una disminución de la CV a niveles inferiores a 1.000 copias/ ml .

Por otra parte, debido a la toxicidad de los ARV, se intenta limitar su uso al período de máxima eficacia, considerando riesgos y beneficios de exponer a la madre y al feto a estos fármacos por un plazo de tiempo mayor.

- **Se recomienda el inicio de TAR para la prevención de la transmisión vertical del VIH en embarazadas sin tratamiento previo a partir de la semana 24 de gestación (Nivel de evidencia: A)**
- **La TAR debe iniciarse en la semana 14 cuando la CV es mayor de 100.000 copias/ ml (Nivel de evidencia: AII)**
- **La TAR debe iniciarse de inmediato si la embarazada tiene criterios clínicos o inmunológicos de inicio de TAR (Nivel de evidencia: A)**
- **Si la seroconversión se produce durante la gestación deberá iniciarse TAR de inmediato (Nivel de evidencia: AII)**

c) ¿Con qué iniciar TAR?

1. ¿Qué combinación de análogos de nucleósidos usar?

La elección de la combinación de INTR a utilizar para la prevención de TV depende de su eficacia en reducir la TV, su toxicidad en la embarazada y el recién nacido así como el riesgo teratogénico. La FDA clasifica los medicamentos de acuerdo al riesgo de teratogenicidad en 5 categorías (Anexo 6), encontrándose los INTR en categorías B o C. La mayor experiencia de uso de INTR en embarazo se tiene con AZT (categoría C) que ha demostrado alta eficacia en reducir la TV del VIH, incluso usado como monoterapia y con efectos protectores de la transmisión que van más allá de su acción reduciendo la CV materna. La resistencia a AZT es baja por su alta barrera genética por lo que en general no existen limitaciones importantes para su uso en relación a eficacia. En lo que respecta a toxicidad, el uso de AZT durante el embarazo no ha sido asociado a una mayor incidencia de anemia severa o neutropenia como tampoco su asociación con otros INTR, excepto ddl. Sobre 3.000 embarazos expuestos a AZT y 3TC no se ha demostrado una mayor incidencia de malformaciones en los fetos expuestos.

Lamivudina, en combinación con AZT, ha demostrado mayor eficacia en prevenir la TV que AZT en monoterapia. No hay suficiente evidencia comparativa de la eficacia de otras combinaciones de INTR en la prevención de la TV. En particular con Tenofovir existe poca evidencia de su seguridad en embarazo y preocupación por sus potenciales efectos óseos en el feto.

2. ¿Qué tercera droga usar?

Lopinavir – Ritonavir ha demostrado elevada actividad antiretroviral intrínseca y hay estudios que comprueban su eficacia y seguridad en el embarazo. Existe también amplia evidencia con el uso de Saquinavir reforzado con Ritonavir, que también es de eficacia probada. Existen diferencias en la farmacocinética de los IP en la embarazada especialmente durante el último trimestre, sin embargo la evidencia de eficacia virológica de estos ARV en embarazo no avalan variaciones en la dosificación (109).

Nevirapina ha sido ampliamente usada en la prevención de la TV pero su uso se ha asociado con la aparición de resistencia viral, tanto en la madre como en los niños que nacieron con infección por VIH a pesar de la profilaxis, limitando las opciones terapéuticas futuras del binomio. Por otra parte en mujeres tiene una mayor incidencia de toxicidad, hepática e hipersensibilidad, en particular cuando los recuentos CD4 maternos son mayores de 250 células/ mm³. En mujeres con recuentos inferiores a 250 células/ mm³ y que no han recibido Nevirapina previamente, podría considerarse su uso, en particular si existe contraindicación relativa para el uso de inhibidores de proteasa.

- **Se recomienda el uso de AZT coformulado con Lamivudina en la prevención de la transmisión vertical del VIH (Nivel de evidencia: A).**
- **Si existe anemia o neutropenia basales o secundarias a toxicidad moderadas a severas (grados 3 y 4 en el Anexo 4), se recomienda cambiar Zidovudina por Abacavir (Nivel de evidencia: AII), previa realización del test de HLA-B*5701. En mujeres con HLA-B*5701 positivo no se debe iniciar Abacavir y se recomienda la asociación de Tenofovir con Lamivudina o Emtricitabina (Nivel de evidencia: AIII).**
- **Como tercera droga se recomienda Lopinavir/ ritonavir o Saquinavir/ ritonavir (Nivel de evidencia: AII). El uso de Nevirapina como tercera droga se puede considerar en pacientes con recuentos CD4 menores a 250 células/ mm³ (Nivel de evidencia: AII).**

d) Monitoreo de la embarazada en TAR

La eficacia de la TAR se mide con la disminución de la Carga Viral. Una TAR se considera eficaz si hay una disminución de alrededor de 1 logaritmo de la CV a las 2 semanas de iniciada la TAR y 1,5 log a las 4 semanas. Para ser considerada eficaz, la TAR debe lograr una disminución de 2 logaritmos de la CV entre las 28 y 34 semanas de embarazo.

A las 6 semanas de iniciada la terapia deberá controlarse CV y posteriormente en forma mensual hasta que se haga indetectable. En la semana 34 debe realizarse una CV para definir conducta obstétrica, eventualmente TAR adicionales y la TAR del recién nacido.

En pacientes que inician TAR antes de la semana 24 se recomienda hacer una CV cada 2 meses (8 semanas) y la de semana 34

- **Se recomienda efectuar CV a la madre a la semana 34 de gestación para definir conducta obstétrica y TAR adicional al binomio (Nivel de evidencia: A)**
- **Se debe controlar CV a las 6 semanas de iniciada TAR durante la gestación y posteriormente en forma mensual hasta la semana 34 (Nivel de evidencia: BII)**

e) ¿Qué antiretrovirales o combinaciones no usar durante el embarazo?

La infección VIH por si misma no aumenta el riesgo de malformaciones congénitas (110). El riesgo de teratogenecidad de los diferentes ARV ha sido evaluado en estudios observacionales y en un registro colaborativo de embarazadas expuestas a TAR. El "Antiretroviral Pregnancy Registry International" (APRI), con datos de más de 5.000 pacientes expuestas a TAR entre 1989 y 2007 encuentra una prevalencia de 2,6% de defectos congénitos

por 100 recién nacidos vivos entre las pacientes que recibieron TAR en cualquier momento del embarazo (111). En las embarazadas que recibieron TAR en el primer trimestre del embarazo la prevalencia fue de 3,0% y en las que lo hicieron en el segundo y tercer trimestre fue de 2,2%. Estas cifras no difieren del 3,1% de defectos congénitos de la población general para Estados Unidos. De acuerdo a la FDA, los ARV están clasificados mayoritariamente en categorías B o C, es decir que su seguridad no está demostrada en humanos y los estudios en animales no muestran riesgos para el feto o no son concluyentes (Anexo 6). Cabe destacar que Efavirenz, un INNTR de uso frecuente en TAR de primera línea, es el único ARV en categoría D de la FDA en base a evidencia en animales de un significativo mayor riesgo de malformaciones del tubo neural, pese a que una revisión de la base de datos de APRI no mostró un riesgo mayor de malformaciones en RN expuestos a EFV en el primer trimestre respecto de la población general. Sin embargo existen 4 casos retrospectivos de malformaciones del tubo neural en RN expuestos a EFV durante la organogénesis. También la APRI ha registrado una incidencia de malformaciones congénitas de 5,8% en RN de embarazadas que recibieron ddl durante el primer trimestre en comparación con un 1% en embarazadas expuestas más tardíamente durante la gestación, pero no se demostró un patrón definido que hiciera sugerir restringir su uso (112).

La probabilidad de que el uso de TAR, especialmente con IP, se asocie a parto prematuro ha sido ampliamente investigada, sin embargo la evidencia actual no sugiere un riesgo mayor de parto pretérmino por el uso de ARV (113).

Otra consideración a tener en cuenta al usar ARV durante el embarazo es la potencial toxicidad materna. Los INTR tienen afinidad variable por la DNA polimerasa gamma mitocondrial lo que puede determinar una depleción del ADN y disfunción de la mitocondria. Se ha observado que esta forma de toxicidad es más frecuente en mujeres. Clínicamente se puede presentar con neuropatía, miopatía, cardiomielitis, pancreatitis, esteatosis hepática o acidosis láctica. Se han descrito de acidosis láctica fatal en mujeres que han recibido d4T o la combinación d4T-ddI, los 2 INTR en uso con mayor impacto en la DNA polimerasa. Esta complicación es similar e indistinguible del hígado graso agudo y el síndrome HELLP en el embarazo, que se correlacionaría con predisposición genética recesiva que se traduce en una disminución de la actividad mitocondrial en su función oxidativa de los ácidos grasos (114). Nevirapina, un INNTR de amplio uso en la prevención de la transmisión vertical del VIH, se asocia a riesgo de hepatotoxicidad y rash inmunomediados. El riesgo se ha correlacionado con su uso en mujeres con CD4 mayores de 250 células/ mm³ al momento de recibirlo. No es claro que el embarazo aumente el riesgo de hepatotoxicidad pero se han descrito casos fatales en embarazadas (115).

Nelfinavir ha sido ampliamente usado durante el embarazo para prevenir la transmisión vertical del VIH, sin embargo el registro sanitario para su uso fue retirado en Chile y otros países, debido a la presencia, en concentraciones superiores a las permitidas, de Etilmetanosulfonato (EMS), una sustancia teratogénica y carcinogénica originada en la etilación del mesilato.

- **No se recomienda el uso de Efavirenz, Nelfinavir y la asociación de d4T-ddI en embarazadas (Nivel de evidencia: AII). Se sugiere el cambio de estas drogas en mujeres en TAR previa que se embarazan.**

f) Vía del parto

La cesárea electiva a las 38 semanas de gestación, antes de una eventual rotura de membranas o del inicio del trabajo de parto espontáneo, reduce sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH. La cesárea electiva reduce por sí sola en un 50% el riesgo de transmisión del VIH y, asociada a la terapia antirretroviral durante el período prenatal, el parto y al recién nacido, logra reducciones cercanas al 90% con tasas finales de transmisión vertical menores al 2% (116).

Los fundamentos científicos avalados por la evidencia actual indican que para las mujeres que tienen <1.000 copias /mL los beneficios de la cesárea son insuficientes para sacar conclusiones definitivas sobre la vía del parto y por lo tanto este debería ser individualizado. Sabiendo que la tasa de TV es muy baja en usuarias de TAR los beneficios de la cesárea son muy difíciles de evaluar sin embargo, datos obtenidos de estudios con grandes números de pacientes no mostraron beneficios a favor de la cesárea en las mujeres en TAR con CV< 1.000 copias/ ml. Por otra parte se ha visto que la cesárea aumenta la morbilidad, principalmente infecciosa, en 7-10 veces con respecto a parto vaginal (117).

Considerando lo expuesto, la vía del parto (vaginal o cesárea) debe ser evaluada considerando los criterios que permitan disminuir los riesgos tanto para el feto como la madre.

Los procedimientos obstétricos que aumentan el riesgo exposición del feto a la sangre materna tales como amniocentesis, biopsia de vellosidades y monitoreo invasivo han sido implicados por algunos, pero no todos, los investigadores como factores de riesgo de transmisión (118). En el manejo obstétrico no hay contraindicación para el uso de Oxitocina pero los derivados del ergot se acumulan en pacientes que reciben inhibidores de proteasa por la acción inhibitoria de éstos sobre el citocromo 3A4 y se ha descrito vasoconstricción exagerada e isquemia con el uso asociado (119).

- **Se debe indicar cesárea en las mujeres con infección por VIH sin TAR durante el embarazo, aquellas que no tienen resultado de CV a la semana 34 o bien ésta es > 1.000 copias/ ml (Nivel de evidencia: AII)**
- **Puede permitirse parto vaginal en madres en TAR desde las 24 semanas de gestación o antes, con CV < 1.000 copias/ ml en la semana 34 y que además cumplan con las siguientes condiciones (Nivel de evidencia: BII)**
 - Edad gestacional mayor de 37 semanas
 - Feto único en presentación cefálica
 - Condiciones obstétricas favorables
 - Atención por médico especialista

- Información a la madre que en su situación particular la cesárea no tiene beneficios demostrados en relación a tasa de TV y por el contrario existe mayor morbilidad asociada a la cirugía y aceptación por parte de ella.
- **Deberán evitarse maniobras invasivas (amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, monitorización interna, rotura artificial de membranas) y de parto instrumental (fórceps, espátulas) (Nivel de evidencia: EIII).**
- **Puede utilizarse Oxitocina para la conducción del trabajo de parto (Nivel de evidencia: BIII).**
- **En el manejo de la inercia uterina se debe evitar el uso de Metilergonovina si la paciente utiliza inhibidores de proteasa (Nivel de evidencia: DII).**

g) Antiretrovirales durante el parto o cesárea

El uso de AZT EV durante el parto permite niveles plasmáticos fetales efectivos los cuales debido a su paso placentario generando una profilaxis preexposición. Esto, acompañado del uso de AZT en suspensión, vía oral al RN por 6 semanas permite una profilaxis postexposición que en su conjunto tiene impacto en la TV independientemente de si al paciente recibió AZT dentro de su esquema ARV durante el embarazo o incluso la eventualidad de resistencia a AZT.

- **Deberá utilizarse AZT intravenoso intraparto en las dosis que se indican, independientemente de la vía escogida de parto (Nivel de evidencia: AII).**
 - Dosis de carga 2 mg / kg, a pasar en 1 hora (si es cesárea 4 horas antes de la cirugía).
 - Dosis de mantención: 1 mg / kg / hr durante la cesárea (3 horas siguientes a la dosis de carga) o el trabajo de parto, hasta la ligadura del cordón.
 - En caso de no disponer de AZT 200 mg se recomienda la utilización de AZT/ 3TC vía oral al inicio del trabajo de parto o 4 horas antes de la cesárea programada.
- **Deberá asociarse Nevirapina en dosis de 200mg por 1 vez antes de la cesárea en cualquiera de las siguientes situaciones (Nivel de evidencia: AII).**
 - Inicio tardío del protocolo (más allá de las 34 semanas y que no alcanzan a tener 4 semanas de TAR al parto).
 - CV semana 34 > 1.000 copias/ ml.
 - Diagnóstico de VIH(+) intraparto que no recibió TAR.
- **Cuando se usa NVP intraparto, se le debe asociar AZT/ 3TC por 7 días post-parto para reducir el riesgo de desarrollar resistencia a NVP (Nivel de evidencia: AII).**

h) Lactancia materna

La suspensión de la lactancia materna reduce la tasa adicional de transmisión del VIH a los niños que es variable dependiendo de una serie de factores tanto virales como maternos y de la duración del amamantamiento. La transmisión por lactancia obedece a la presencia de virus libre y asociado a células en la leche materna lo que ha sido detectado tanto por cultivo viral como por PCR. Como el calostro y la leche emitida tempranamente post-parto son más ricas en células y por otra parte el sistema inmune en el recién nacido es más inmaduro, la posibilidad de transmisión del VIH por la alimentación a pecho es mayor durante el primer mes de vida.

En Chile las condiciones de saneamiento ambiental y acceso a agua potable permiten la sustitución segura de la lactancia materna por la artificial por lo tanto deberá suspenderse la lactancia materna a todos los hijos de madre VIH (+).

Deberá suspenderse farmacológicamente la lactancia materna en TODAS las mujeres VIH + aún cuando este resultado sea sólo el del test rápido intraparto y que no se confirme con posterioridad. Dado que los riesgos potenciales a lo que se expone un RN hijo de madre VIH +, especialmente al calostro, superan ampliamente las desventajas de la suspensión de la lactancia materna.

1^a línea Cabergolina inmediatamente post-parto (0,25 mg cada 12 hrs por dos días); Drogas alternativas: Bromocriptina (2,5 mg cada 12 horas por 7 – 10 ds).

Recomendación:

- **Se debe suspender la lactancia materna en mujeres con infección por VIH (Nivel de evidencia: AII) y prescribir leche maternizada al RN.**
- **Para la interrupción de la lactancia se debe administrar como 1^a línea Cabergolina 0,25 mg cada 12 hrs por dos días inmediatamente post-parto (Nivel de evidencia: BII). La droga alternativa es Bromocriptina en dosis de 2,5 mg cada 12 horas por 7 – 10 ds.**

i) Antiretrovirales al recién nacido

Los RN de madres que reciben el protocolo completo de prevención de la transmisión vertical durante el embarazo y el parto y llegan con CV indetectable tienen un riesgo muy bajo de adquirir el VIH, a diferencia de aquellos expuestos al VIH especialmente durante el parto. La mayoría de los estudios que demuestran la eficacia de la administración de ARV a RN como prevención post exposición han sido realizados en RN expuestos a CV detectables durante el embarazo, el parto y aún durante lactancia materna en situaciones de aplicación insuficiente o nula del protocolo de prevención y de mantención de la lactancia materna (120).

La administración de ARV al RN debe considerar no solamente la potencia del fármaco sino especialmente la evidencia existente en cuanto a la toxicidad en el RN y los aspectos farmacocinéticos complejos que resultan del metabolismo

más lento de drogas en RN, especialmente si son prematuros. En general se recomienda la administración de AZT a todos los RN nacidos de madres VIH + aunque hayan recibido el protocolo completo de prevención de la transmisión vertical, en base a la evidencia existente de eficacia de la profilaxis post exposición. El antecedente de resistencia materna a AZT no limita esta indicación por las existencia de subpoblaciones virales sensibles, sin embargo en estos casos y en situaciones de administración de protocolos maternos incompletos o insuficientes para la supresión de la viremia se recomienda el uso de combinaciones de ARV al RN.

Recomendación:

- **Se debe administrar AZT suspensión, vía oral por 6 semanas comenzando desde las 8 a 12 horas desde el nacimiento a todo RN nacido de madre VIH (+). La dosis recomendada de AZT es de 2 mg/ Kg/ dosis c/ 6 horas VO o de 1,5 mg/ Kg/ dosis c/ 6 horas EV en RN de término. Esta misma dosificación debe administrarse c/ 12 horas en RN pretérmino de menos de 35 semanas.**
- **A los RN nacidos de madres que recibieron NVP como parte de la prevención de la transmisión vertical, se debe agregar al AZT la administración de 2 dosis de 2 mg/Kg de NVP solución oral al RN, la primera lo más precozmente posible post parto y la segunda a las 48 a 72 horas de vida.**
- **A los RN de madres que no recibieron protocolo de prevención de la transmisión vertical o que sólo recibieron profilaxis intraparto se les debe administrar AZT según protocolo y 1 a 2 dosis de NVP.**
- **A los RN de madres con viremia persistente a pesar de la administración de ARV o de madres con resistencia conocida a ARV se les deben administrar ARV adicionales en base a los antecedentes clínico – virológicos, la disponibilidad de formulaciones pediátricas y la evaluación de expertos.**

j) ¿Qué hacer en diferentes escenarios?

¿Qué hacer en mujeres embarazadas vírgenes a TAR con diferentes niveles de CD4?

A las mujeres asintomáticas que no requieren TAR por su propia salud se les debe ofrecer un tratamiento acortado que pueda ser suspendido post parto. Es importante considerar un esquema adecuado de tres drogas que permita una buena supresión viral y no tenga mayor riesgo de inducir resistencia una vez que se suspenda esta terapia postparto.

Por los beneficios que se obtienen debido al buen pasaje transplacentario y su seguridad durante el embarazo se recomienda en mujeres sin exposición previa a TAR incluir Zidovudina dentro del esquema terapéutico. El otro análogo de nucleósido recomendado es la Lamivudina.

En este escenario se recomienda en esta Guía el inicio de la TAR en la semana 24, una vez finalizado el período de organogénesis. En los casos de

CV > de 100.000 copias/ ml, se puede adelantar el inicio de TAR a la semana 14. Sin embargo, las mujeres vírgenes a TAR con indicación de TAR por su condición clínica y/o inmunológica deben seguir las recomendaciones de TAR para adultos, vale decir que con recuentos de CD4 iguales o menores a 350 células/ mm³ se debe iniciar TAR independientemente de la CV y la semana de gestación, teniendo en cuenta las drogas recomendadas para embarazo.

En los casos con CD4 < 250 células/ mm³ se puede usar Nevirapina que ha demostrado gran eficacia en la prevención de transmisión vertical. Los casos descritos de hepatotoxicidad se han observado con recuentos mayores a 250 células/ mm³. En caso de reacción adversa severa se deberá reemplazar por un IP.

Recomendación:

- **En mujeres sin exposición previa a ARV se recomienda el uso de la coformulación AZT/ 3TC junto con Lopinavir/ ritonavir o bien con Saquinavir/ ritonavir y la administración de AZT EV durante el trabajo de parto o cesárea (Nivel de evidencia: AII).**
- **El inicio de la TAR para la prevención de la TV se recomienda a partir de la semana 24 en mujeres sin indicación de TAR por su condición clínica o inmunológica (Nivel de evidencia: AI). En casos de CV > 100.000 copias/ ml, se recomienda el inicio de la TAR para prevención de la TV desde la semana 14 (Nivel de evidencia: AII)**
- **Si la mujer tiene indicación clínica o inmunológica de inicio de TAR, ésta debe iniciarse de inmediato, independientemente de la CV o semana de gestación (Nivel de evidencia: AI).**
- **Se puede incluir Nevirapina en lugar de un IP reforzado en mujeres que inician con CD4 < 250 células/ mm³ (Nivel de evidencia: AII).**

¿Qué hacer con mujeres que han recibido TAR previa y actualmente están sin TAR?

En estas pacientes se debe obtener una historia completa de las terapias usadas y de estudios genotípicos previos, hacer CV y recuento de linfocitos CD4 al ingreso, realizar genotipo aún estando sin TAR e iniciar terapia basada en todos estos antecedentes considerando las drogas recomendadas como seguras en el embarazo y el recuento de linfocitos en el caso de usar Nevirapina.

Se debe incluir Zidovudina si es posible y adecuar luego el esquema de acuerdo al resultado del estudio genotípico teniendo en consideración que la interpretación de un test de genotipo en pacientes con terapia suspendida es complejo y puede ocultar mutaciones. Por esto mismo se recomienda una carga viral a las 4-6 semanas de iniciado el esquema y si está fallando debe repetirse la genotipificación.

En las embarazadas que han usado previamente Nevirapina en dosis única en el parto, se recomienda iniciar un esquema con Lopinavir/ ritonavir (121).

Recomendación:

- En mujeres con exposición previa a ARV y sin TAR actual se recomienda la realización de un estudio de genotipificación y diseñar la TAR en base a los antecedentes y el genotipo actual (Nivel de evidencia: ¿BIII?)
- Se debe CV a las 4 a 6 semanas de iniciada la TAR y un nuevo estudio genotípico si hay fracaso, para ajuste de TAR (Nivel de evidencia: AII)
- Se debe incluir en lo posible Zidovudina en el esquema de TAR (Nivel de evidencia: AII)
- Si ha habido uso previo de Nevirapina, aún en dosis única intraparto, se recomienda utilizar Lopinavir/ ritonavir en lugar de Nevirapina en el esquema (Nivel de evidencia: AII).

¿Qué hacer con mujeres en TAR que se embarazan?

En estos casos se recomienda continuar TAR si está con carga viral indetectable, revisar esquema de tratamiento y cambiar drogas con riesgos teratogénicos (Efavirenz) y las que aumentan toxicidad (d4T), incluyendo Zidovudina en el esquema si es posible. Si está recibiendo Nevirapina y está con CV indetectable, la mantención del esquema, independiente del recuento de linfocitos CD4, no se ha asociado a hepatotoxicidad.

Si la embarazada en TAR tiene CV detectable > 1.000 copias/ ml, la realización de un estudio de genotipificación permitirá adecuar la TAR según los resultados de resistencia. Cualquier embarazada en TAR con una CV > 1.000 copias/ ml en semana 34, debe realizarse un examen de genotipo y adicionar una dosis de Nevirapina en el momento del parto. No se ha demostrado hepatotoxicidad con dosis única de Nevirapina en pacientes con CD4 mayores de 250 células/ mm³. Los resultados del estudio de resistencia ayudan a seleccionar la TAR para el RN.

Recomendación:

- En mujeres en TAR que se embarazan se recomienda mantener la TAR si están con CV indetectable (Nivel de evidencia: AII). Si el esquema en uso contiene Efavirenz se debe cambiar por Lopinavir/ ritonavir o por Saquinavir/ ritonavir (Nivel de evidencia: AII).
- Se debe realizar estudio de genotipificación en embarazadas en TAR con CV > 1.000 copias/ ml (Nivel de evidencia: AII) y se puede adicionar dosis única de Nevirapina en el momento del parto (Nivel de evidencia: BIII).

¿Qué hacer con embarazada que llega en semana 32 o más sin TAR?

En estos casos aún se puede lograr una buena respuesta a TAR ya que, si bien la transmisión puede haber ocurrido durante el embarazo, el período de mayor susceptibilidad es periparto. Es fundamental tomar CD4 y CV basal urgente e iniciar TAR con Inhibidores de Proteasa sin esperar los resultados de los exámenes. Si se logra obtener rápidamente el recuento de linfocitos CD4 y éstos son menores de 250 células/ mm³ es posible iniciar TAR con Nevirapina.

Si se inicia TAR con IP y no se obtiene una CV cercana al parto o la CV es mayor de 1.000 copias/ ml puede considerarse agregar una dosis única de Nevirapina en el preparto.

La suspensión de la TAR post parto dependerá de la etapificación de cada caso.

Recomendación:

- En embarazadas que llegan semana 32 o más sin TAR se recomienda tomar CD4 y CV e iniciar de inmediato TAR con AZT/ 3TC coformulados acompañados de un IP reforzado. Si se obtiene resultado de CD4 y es inferior a 250 células/ mm³ se puede usar Nevirapina en lugar de un IP reforzado (Nivel de evidencia: AII).
- Se puede adicionar dosis única de Nevirapina en el momento del parto (Nivel de evidencia: BIII).

¿Qué hacer con embarazada que llega al parto sin TAR previa?

Si es posible debieran tomarse muestras basales para CD4 y CV e iniciar inmediatamente Zidovudina endovenosa según esquema más una dosis única de 200 mg de Nevirapina. También se recomienda usar AZT/3TC coformulados por 1 semana para reducir el riesgo de resistencia futura a Nevirapina que tiene una vida media prolongada. Eventualmente puede ser necesario por indicación de tratamiento a la madre continuar con TAR por lo que se puede iniciar un IP postparto y mantener este esquema (AZT/ 3TC) hasta obtener los resultados de CD4 y CV. En estos casos la única resolución del parto recomendable es la cesárea.

Recomendación:

- En embarazadas que llegan al parto sin TAR se recomienda:
 - Zidovudina endovenosa según esquema (Nivel de evidencia: AII).
 - Dosis única de Nevirapina (Nivel de evidencia: AI).
 - Resolución del parto por cesárea (Nivel de evidencia: AII).

¿Qué hacer con la embarazada VIH+ con amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas?

Estas dos situaciones, junto con el momento del parto, son consideradas de riesgo para la TV por lo que merecen una especial atención dentro de los cuidados médicos durante el embarazo en la mujer con VIH.

▪ Amenaza de parto prematuro (APP)

La prematuridad es la principal causa de morbi-mortalidad perinatal en el mundo desarrollado (122) suponiendo hasta el 70% de las muertes neonatales y siendo causa del 75% de la morbilidad (123). Es decir, pese a una prevalencia de entre 5-10% en los países occidentales concentra la gran mayoría de la morbimortalidad neonatal (124, 125). Se le considera un síndrome cuyas causas son múltiples y que incluyen patologías placentarias, infecciosas, distensión uterina aumentada, etc. En el caso del VIH algunos autores encuentran una asociación entre el parto de pretérmino y la infección

por el VIH (126). Las causas y mecanismos de la prematuridad en la infección por VIH son desconocidos y por tanto no existe ninguna estrategia preventiva que nos pueda garantizar la ausencia de prematuridad.

El riesgo de una APP es que se produzca un parto antes de las 37 semanas. Su diagnóstico se basa en la presencia de contracciones uterinas y la aparición de modificaciones cervicales antes de esta fecha. Distintos autores han observado tasas significativamente superiores de prematuridad en la población de embarazadas seropositivas (127), aunque los trabajos suelen resaltar la presencia de factores confundentes en este grupo de embarazadas (128) que hacen aumentar dicha prevalencia, tales como la adicción a drogas o la ausencia de control prenatal. Otros aspectos más específicos de la infección por el VIH que harían aumentar la prevalencia del parto pretérmino serían el deterioro del estado inmune materno (129, 130) o el tratamiento antirretroviral (131, 132, 133) sobre todo en el caso de pacientes que reciben TAR previa al embarazo (134).

Debido a que el problema del parto prematuro es aún un tema que no está resuelto, deberán adoptarse todas las medidas necesarias para prevenirllo.

Recomendaciones:

- **Se debe ofrecer un adecuado control prenatal a las embarazadas con infección por VIH (Nivel de evidencia: AIII). Durante el control prenatal se recomienda:**
 - La realización de un screening de infecciones ginecológicas, dado el mayor riesgo de parto pretérmino que presentan, aunque dicha medida no se ha mostrado eficaz en la población general. (Nivel de evidencia: CII).
 - La reducción del consumo de tóxicos como tabaco, alcohol y drogas. (Nivel de evidencia: BII).
 - Procurar un buen estado nutricional durante la gestación (Nivel de evidencia: BII).
 - En caso de cirugía previa en el cuello uterino, frecuente por la alta incidencia de displasia en VIH, evaluar su competencia en el primer trimestre de la gestación y la necesidad de un cerclaje. (Nivel de evidencia: CIII).
 - Un inicio más precoz de los controles semanales, mediante monitorización fetal y tacto vaginal, comenzando desde las 34 semanas (Nivel de evidencia: CIII).
- **El diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto prematuro seguirá las pautas habituales para la población general según normas del MINSAL incluido el uso de corticoides para reducir la morbi-mortalidad por prematuridad (Nivel de evidencia: BI).**
 - Sólo se administra profilaxis antibiótica si está indicado por presencia de rotura prematura de membranas, colonización vaginal por estreptococo grupo B o cuadros infecciosos específicos. (Nivel de evidencia: BI).
 - En presencia de contracciones regulares, aunque las modificaciones cervicales sean escasas, se recomienda la administración, junto con el tratamiento tocolítico, de AZT EV 2 mg/ kg/ hora durante la primera hora seguida de 1 mg/ kg/ hora hasta que ceda la dinámica de acuerdo a la

norma de administración de ARV durante el parto de esta guía (Nivel de evidencia: AII).

- Si no se consigue frenar el cuadro y se desencadena el parto y/o se produce la rotura de las membranas, se deberá realizar una cesárea con la suficiente antelación. (Nivel de evidencia: AII).

▪ **Rotura prematura de membranas**

La rotura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de la integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y la comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina (135). Es uno de los más frecuentes fenómenos obstétricos, apareciendo en el 3 a 30% de las gestaciones y en un 25% de los casos se produce sin haber alcanzado el término. Puede dar lugar a una serie de complicaciones como infecciones maternas y fetales o neonatales, parto prematuro, etc, por lo cual requiere de un manejo específico.

Antes del uso de TAR en el embarazo, varios estudios encontraron una relación entre la duración de la rotura de bolsa y la TV, sobre todo si dicha duración es superior a cuatro horas (136, 137). El riesgo de transmisión vertical aumenta en un 2% por cada hora que la bolsa permanece rota en mujeres con menos de 24 horas de rotura (138). Al desconocerse el riesgo de infección fetal en pacientes con RPM y carga viral plasmática muy baja y/o que reciben TAR, el tratamiento de la RPM en estas pacientes no ha sido bien aclarado (139). El manejo dependerá fundamentalmente, de la edad gestacional.

Recomendaciones:

Frente a la Rotura Prematura de Membranas en embarazadas con VIH, la conducta recomendada según la edad gestacional es la siguiente:

- Menor de 26 semanas: se recomienda el tratamiento conservador por el riesgo de secuelas severas secundarias a la prematuridad y la alta mortalidad neonatal. Todas las pacientes deben recibir TAR y llevar a cabo las medidas habituales de control y tratamiento como administración de antibióticos profilácticos y corticoides. (Nivel de evidencia: CII).
- Entre 26 y 30 semanas: deberá evaluarse cada caso según el estado materno y fetal, la situación virológica de la madre, si ha recibido o no tratamiento y los resultados neonatales del centro (Nivel de evidencia: CIII).
- Entre 30 y 34 semanas: la conducta general recomendada será poner término a la gestación. Dada la mayor tendencia al aumento de la TV reportada en partos prematuros con RPM incluso recibiendo TAR, la vía preferida será la cesárea (Nivel de evidencia: CII).
- En embarazos de término con RPM se aconseja llevar a cabo una inducción inmediata del parto si el índice de Bishop es favorable y si no está contraindicado el parto vaginal (Nivel de evidencia: CII?).

4.- IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA

4.1 Situación de la atención del VIH/ SIDA en Chile y barreras para la implementación de las recomendaciones

4.1.1 Organización de las redes de atención

La atención de las personas con VIH/ SIDA se otorga principalmente en Centros de Atención VIH radicados en el nivel de atención ambulatoria de especialidades de acuerdo al Modelo de Atención, sin perjuicio de una integración en red con los demás niveles como se indica en el Anexo 7.

Los Centros de Atención VIH deben reunir características físicas específicas que permitan la adecuada atención de las personas que viven con VIH/SIDA y el resguardo de la confidencialidad. La dotación y capacitación del recurso humano de los Centros de Atención debe garantizar la calidad de la atención integral de los pacientes con VIH. El Modelo de Atención establece los estándares de infraestructura, conectividad, tiempos de atención y dotación de profesionales de la salud según el número de personas en control y en tratamiento (140). Asimismo establece la especialización médica requerida y la capacitación continua de los profesionales de la salud de los centros.

Las funciones de los miembros de los Centros de Atención VIH están debidamente especificadas y su organización debe estar familiarizada con elementos de gestión: presupuestos, eficacia, eficiencia y oportunidad en la atención. Su quehacer debe ser permanentemente evaluado mediante un programa de control, registro de reclamos, monitoreo de indicadores de impacto y control de calidad, centrado en la toma de decisiones a nivel asistencial y de gestión, la evaluación de los procesos y el monitoreo de los resultados. La implementación y monitoreo de los indicadores de resultados son de responsabilidad de la Autoridad Sanitaria.

La variedad de las patologías relacionadas y no relacionadas a VIH que afectan a las PVVIH requiere un manejo multidisciplinario por parte de las diversas especialidades de la medicina y la cirugía como también de otras profesiones de la salud por lo que se deben establecer redes formales de consulta y derivación al interior de los Servicios de Salud que garanticen a las PVVIH la atención por profesionales calificados y tiempos máximos entre solicitud y asignación de horas, el acceso expedito y oportuno a estudios de imágenes, hospitalización de baja complejidad y en unidades de cuidados intensivos.

El rol de la Atención primaria de salud es fundamental en la detección, consejería y derivación oportuna de los casos positivos al nivel de atención ambulatoria de especialidades.

4.1.2 Barreras a la implementación

Las principales barreras que se han identificado para la implementación de la Guía son:

- Infraestructura y conectividad: persisten deficiencias de infraestructura en los Centros de Atención VIH y algunos carecen de la conectividad necesaria para la instalación de sistemas en línea que permitan la gestión, registro y monitoreo
- Dotación, rotación y capacitación de RR HH: es la principal limitante para el cumplimiento de esta Guía. En los Centros de atención existen dotaciones de RR.HH. heterogéneas cuantitativa y cualitativamente, pero en general se ha objetivado un déficit de dotación de profesionales.
- Gestión y descentralización: la gestión de los tratamientos antirretrovirales es realizada en forma centralizada por la Comisión Nacional del SIDA y, si bien es necesaria una asesoría en línea desde el nivel central, se requiere un traspaso progresivo de responsabilidad en la gestión a los centros de atención.
- Registro: existen deficiencias significativas en los sistemas de registro y en su informatización.
- Funcionamiento integrado y expedito de la red: si bien hay mejorías importantes en los niveles de coordinación con la atención primaria y con la red multidisciplinaria, se requieren nuevos progresos en la formalización de estas instancias de derivación.
- Monitoreo y control de calidad: existen positivos indicadores de impacto de la atención integral de personas con VIH, sin embargo las instancias de monitoreo y de medición de indicadores de proceso es rudimentaria.

En paralelo a la difusión de la Guía se requieren acciones concretas y coordinadas para la superación de las barreras existentes para su implementación efectiva en los Centros de Atención VIH.

4.2 Diseminación

Los contenidos íntegros de esta Guía, así como el Resumen de recomendaciones se encontrarán disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud en <http://www.minsal.cl>

No se planifica la edición de una versión para pacientes ni la edición de la Guía en formato de bolsillo.

4.3 Evaluación de cumplimiento

La evaluación del cumplimiento de las recomendaciones, la adherencia a la Guía y los desenlaces de los pacientes se realizará mediante:

4.3.1 Indicadores de proceso

Se controlarán algunos de los siguientes indicadores:

- Nº de Centros de Atención VIH que disponen de la Guía en forma fácilmente accesible/ Total de Centros de Atención VIH * 100.

- Nº de profesionales de la salud que han sido capacitados en los contenidos de la Guía por Centro de Atención VIH/ Nº total de profesionales de la salud que se desempeñan en el Centro * 100.
- Nº de prescripciones de TAR que se ajustan a la Guía/ Nº total de prescripciones de TAR del Centro * 100.
- Nº de Protocolos completos de Transmisión Vertical de acuerdo a la Guía/ Nº de embarazadas por Centro * 100.

4.3.2 Indicadores de resultados

Se controlarán algunos de los siguientes indicadores:

- Nº de pacientes en TAR fallecidos atendidos en el Centro de Atención VIH/ Nº total de pacientes en TAR en el Centro de Atención VIH * 100.
- Nº de pacientes en TAR atendidos en el Centro de Atención VIH que progresan a SIDA/ Nº total de pacientes en TAR en el Centro de Atención VIH * 100.
- Nº de pacientes con fracaso de TAR en el Centro de Atención VIH/ Nº total de pacientes en TAR en el Centro de Atención VIH * 100.
- Nº de pacientes con cambio de TAR por toxicidad en el Centro de Atención VIH/ Nº total de pacientes en TAR en el Centro de Atención VIH * 100.

5.- DESARROLLO DE LA GUÍA

La primera Guía de Tratamiento Antirretroviral fue editada y difundida el año 2001, siendo reemplazada por la Guía Clínica VIH/ SIDA GES el año 2005.

5.1 Grupo de trabajo

Dr. Carlos Pérez	Médico Internista Infectólogo Jefe Programa de Enfermedades Infecciosas y Profesor Asociado de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Director Hospital Clínico Universidad Católica Ex Presidente Sociedad Chilena de Infectología Miembro Comité Consultivo SIDA de la Sociedad Chilena de Infectología
Dra. Patricia Vásquez	Médica Internista Infectólogo Jefa Unidad de Infectología Hospital San Juan de Dios Profesora agregada Facultad de Medicina Universidad de Chile Miembro Comité Consultivo SIDA de la Sociedad Chilena de Infectología
Dr. Marcelo Wolff	Médico Internista Infectólogo Jefe Unidad de Infectología Hospital San Borja - Arriarán Profesor Titular Facultad de Medicina Universidad de Chile Miembro Comité Consultivo SIDA Sociedad Chilena de Infectología Presidente Fundación Arriarán
Dr. Alejandro Afani	Médico Internista Inmunólogo Director del Centro de VIH Hospital Clínico Universidad de Chile Profesor Titular Facultad de Medicina Universidad de Chile Ex Presidente de la Sociedad Chilena de Inmunología Coordinador Comité Consultivo SIDA de la Sociedad Chilena de Infectología
Dra. Elba Wu	Médico Pediatra Infectólogo Docente Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile Hospital San Juan de Dios Presidenta Comité Nacional de Sida Pediátrico, de la Sociedad Chilena de Pediatría Presidenta Rama de Infectología de la Sociedad Chilena de Pediatría
Dr. Carlos Beltrán	Jefe Departamento Infectología Complejo Asistencial Barros Luco Profesor Titular Facultad de Medicina Universidad de Santiago Médico Asesor Comisión Nacional del SIDA, Coordinador Guía Clínica Director de la Sociedad Médica de Santiago Miembro Sociedad Chilena de Infectología
Dr. Carlos Pilasi	Médico Cirujano, Ginecólogo Obstetra Master en SIDA Universidad de Barcelona Consejero técnico Médicos sin Fronteras Francia
EU Sra. Gloria Berríos	Enfermera Universitaria Encargada Área Atención Integral Comisión Nacional del SIDA DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública
EU Sra. Edith Ortiz	Egresada de Magíster en Políticas Públicas en Salud , U de Chile Coordinadora Ejecutiva Comisión Nacional del SIDA (2005-2008) DIPRECE Subsecretaría de Salud Pública
Dr Anibal Hurtado	Médico-cirujano, Dermatólogo Instructor Facultad de Medicina U. De Chile Socio titular, Sociedad Chilena de Dermatología Servicio de Dermatología Hospital del Salvador Coordinador Ejecutivo Comisión Nacional del SIDA DIPRECE. Subsecretaría Salud Pública

El grupo de trabajo incluye médicos y enfermeras universitarias de las siguientes áreas:

Atención VIH/ SIDA adultos:	Dr. Carlos Pérez, Dra. Patricia Vásquez, Dr. Marcelo Wolf, Dr. Alejandro Afani, Dr. Carlos Beltrán
Atención VIH/ SIDA niños:	Dra. Elba Wu, Dra. Carmen Larrañaga
Prevención de la Transmisión Vertical:	Dr. Carlos Pilasi, Dra. Patricia Vásquez, Dra. Elba Wu, Dra. Carmen Larrañaga
Comisión Nacional del SIDA, Minsal:	EU Gloria Berrios, EU Edith Ortiz, Dr Anibal hurtado

Esta Guía **se enviará** para su conocimiento a la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo Con VIH Vivopositive

5.2 Declaración de conflictos de interés

Los participantes en la redacción de esta Guía han declarado los siguientes conflictos de interés:

El Dr. Carlos Pérez ha declarado los siguientes conflictos de interés:

- Honorarios por participación en reuniones científicas de Bristol Myers Squibb, Merck Sharp & Dohme, y Abbott
- Participación en protocolos de investigación financiados por los Laboratorios Bristol Myers Squibb, Abbott y Tibotec

La Dra. Patricia Vásquez ha declarado los siguientes conflictos de interés:

- Asesoría a Laboratorio Abbott
- Apoyo financiero para asistencia a eventos científicos por parte de Laboratorio Abbott, Bristol, GlaxoSmithKline, Janssen , Merck Sharp & Dohme y Roche
- Honorarios por participación en reuniones científicas de Abbott, Merck Sharp & Dohme y Pfizer

El Dr. Marcelo Wolff ha declarado los siguientes conflictos de interés:

- Miembro de consejo asesor latinoamericano de Merck, Sharp and Dohme
- Apoyo educacional para asistencia e invitación a eventos científicos en el país y el extranjero por parte de MSD; Abbott; Bristol-Myers-Squibb y GlaxoSmithKline
- Apoyo financiero de MSD para proyecto institucional de creación de base de datos de pacientes VIH en control
- Director del programa de formación en Infectología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que tiene apoyo financiero para el pago del arancel universitario para becarios por parte de Laboratorios Abbott y MSD

El Dr. Alejandro Afani ha declarado los siguientes conflictos de interés:

- Apoyo educacional para asistencia e invitación a eventos científicos en el país y el extranjero por parte de Roche, MSD; Abbott; Bristol-Myers-Squibb, Pfizer y GlaxoSmithKline

- Apoyo financiero de MSD, GlaxoSmithKline, y Abbott para proyectos institucionales de docencia de postgrado en VIH a través de cursos locales y visitas itinerantes en terreno para la revisión de casos clínicos
- Participación en protocolos de investigación clínica con GlaxoSmithKline, MSD, y Schering Plough.

El Dr. Carlos Beltrán ha declarado los siguientes conflictos de interés:

- Apoyo educacional para asistencia e invitación a eventos científicos en el país y el extranjero por parte de MSD; Abbott; Bristol-Myers-Squibb y GlaxoSmithKline
- Director del programa de formación en Infectología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago que tiene apoyo financiero para el pago del arancel universitario para becarios por parte de Laboratorio MSD
- Honorario por participación en reunión científica de Bristol Myers Squibb en el extranjero
- Participación en protocolos de investigación clínica con GlaxoSmithKline, MSD, Bristol Myers Squibb, Tibotec y Schering Plough.

El Dr. Carlos Pilasi ha declarado no poseer conflictos de interés.

5.3 Revisión de la evidencia

Esta Guía está basada en la mejor evidencia disponible hasta marzo de 2009, identificando las intervenciones más efectivas y en lo posible las más costo efectivas y está desarrollada sistemáticamente para apoyar las decisiones clínicas en circunstancias específicas. La búsqueda se organizó en torno a preguntas que dieran respuesta a cada uno de los puntos abordados.

Para la confección de esta Guía se efectuó una revisión completa de todas las Guías Clínicas publicadas hasta marzo de 2009 que contuvieran una definición explícita de la calidad de la evidencia que respaldara las recomendaciones. También se revisaron los artículos más relevantes que constituyen la evidencia citada en las guías revisadas y otros artículos considerados relevantes por el grupo de trabajo. Se consultaron además documentos oficiales del Ministerio de Salud tales como boletines epidemiológicos y el documento del Modelo de Atención Integral VIH/ SIDA. Finalmente se consideró en su elaboración la experiencia nacional evaluada mediante el “Estudio de Evaluación del Impacto de las TAR en PVVIH beneficiarias del Sistema Público de Salud Chileno” que da cuenta del seguimiento prospectivo de eficacia y toxicidad de los pacientes en TAR en el Sistema Público de Salud de Chile.

Las recomendaciones se han analizado en su validación externa (generalización de resultados) mediante el trabajo colaborativo de un grupo de expertos provenientes de establecimientos de la red pública, sociedades científicas, comisiones nacionales, del mundo académico y sector privado.

El grado de la evidencia que respalda las recomendaciones se indica en la Tabla adjunta.

Grado Evidencia	Tipo de Diseño de investigación
I	Evidencia obtenida de un meta-análisis o de al menos un estudio randomizado controlados
II	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado no randomizado con resultados de laboratorio
III	Evidencia obtenida de expertos, opinión y/o experiencia clínica de autoridades reconocidas

El grado de la recomendación se indica en la Tabla adjunta.

Grado Recomendación	Fortaleza de las Recomendaciones
A	Evidencia fuerte a favor
B	Evidencia moderada a favor
C	Opcional
D	No debe ofrecerse en forma rutinaria
E	No debe usarse bajo ninguna condición

5.4 Formulación de recomendaciones

La formulación de estas recomendaciones se efectuó por consenso simple. En los puntos en que no se obtuvo consenso se procedió a una nueva revisión de la evidencia hasta el logro de este consenso. Se consideró la perspectiva de los usuarios, mediante el análisis de los estudios que evalúan los factores asociados a la adherencia a los tratamientos, así como la eficacia y perfiles de seguridad de los ARV recomendados.

5.5 Validación de la Guía

No se considera la validación previa de la Guía en usuarios diana mediante una aplicación piloto, sin embargo se procederá a una estricta evaluación de su aplicación y de los indicadores de proceso y de impacto.

5.6 Vigencia y actualización

Se considera un plazo de vigencia no inferior a 2 años, sin embargo esta Guía será sometida a revisión cada vez que surja evidencia científica relevante que haga aconsejable la revisión de las recomendaciones.

ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE LAS ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR VIH.

ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN VIH/ SIDA

A.-	<p>Infección asintomática</p> <p>Infección aguda</p> <p>Linfadenopatía generalizada persistente</p>
B.-	<p>Infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Candidiasis orofaringea o vaginal >1 mes ▪ Síndrome diarreico crónico >1 mes ▪ Síndrome febril prolongado >1 mes ▪ Baja de peso <10 Kgs. ▪ Leucoplaquia oral vellosa ▪ Herpes Zoster >1 episodio o >1 dermatoma ▪ Listeriosis ▪ Nocardiosis ▪ Angiomatosis bacilar ▪ Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis ▪ Proceso inflamatorio pelviano ▪ Polineuropatía periférica ▪ Púrpura trombocitopénico idiopático ▪ Displasia cervical
C.-	<p>Condiciones clínicas indicadoras de SIDA. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar ▪ Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> ▪ Criptococosis meníngea o extrapulmonar ▪ Toxoplasmosis cerebral ▪ Enfermedad por micobacterias atípicas ▪ Retinitis por CMV ▪ Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial ▪ Encefalopatía VIH ▪ Leucoencefalopatía multifocal progresiva ▪ Criptosporidiosis crónica >1 mes ▪ Isosporosis crónica >1 mes ▪ Ulceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas >1 mes ▪ Neumonía recurrente. ▪ Bacteremia recurrente por <i>Salmonella</i> spp. ▪ Sarcoma de Kaposi ▪ Linfoma no Hodgkin y/o linfoma de Sistema Nervioso Central ▪ Cáncer cervicouterino invasor ▪ Síndrome consuntivo

ANEXO 2. CLASIFICACIÓN CDC 1993

Linfocitos CD4	Etapa A	Etapa B	Etapa C
	* Infección 1° * Asintomático * LGP	Infecciones y tumores no definitorios	Infecciones y tumores definitorios
1 (>499)			xxx
2 (200-499)			xxx
3 (<200)	xxx	xxx	xxx

XXX: SIDA

ANEXO 3. LISTADO DE ARV DISPONIBLES PARA PVVIH ADULTOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Zidovudina (AZT) 300mg, 200mg/20mL
Lamivudina (3TC) 150mg
Abacavir (ABC) 300mg
Didanosina (ddI) 100mg, 250mg EC y 400 mg EC
Estavudina (d4T) 15 mg, 20 mg, 30 mg y 40 mg
Zidovudina+Lamivudina (AZT/3TC) 300/150mg
Zidovudina+Lamivudina+Abacavir (AZT/3TC/ABC) 300/150/300 mg
Tenofovir (TDF) 300 mg
Tenofovir+Emtricitabina (TDF/FTC) 300/200mg
Indinavir (IDV) 400 mg
Ritonavir (RTV) 100 mg
Saquinavir (SQV) 500 mg
Fosamprenavir (FosAPV) 700 mg
Lopinavir 200 mg/Ritonavir 50mg (LPV/RTV)
Atazanavir (ATV) 150 mg, 200 mg, 300 mg
Darunavir 300 mg
Efavirenz (EFV) 200mg y 600 mg
Nevirapina (NVP) 200mg
Etravirina (ETR) 100 mg
Raltegravir 400 mg
Enfuvirtida 90 mg (Vial)
Maraviroc 150 mg, 300 mg

ANEXO 4. PRINCIPALES TOXICIDADES DE LOS ANTIRETROVIRALES

ARV	Toxicidad principal	Otras toxicidades
AZT	Anemia – Neutropenia	Gastrointestinal – Cefalea - Rash
d4T	Polineuropatía, Lipoatrofia, Acidosis láctica	Pancreatitis, Esteatosis hepática
3TC	--	Gastrointestinal - Cefalea
ddl	Pancreatitis, Polineuropatía	Gastrointestinal, Hiperuricemia
Abacavir	Reacción de hipersensibilidad	Gastrointestinal
Tenofovir	--	Gastrointestinal, Renal
Efavirenz	SNC: Vértigo, Psicosis	Rash, Hepatotoxicidad, Dislipidemia
Nevirapina	Rash, Hepatotoxicidad	
IP (excepto Atazanavir)	Lipodistrofia, Dislipidemia, Diabetes	Hepatotoxicidad, Gastrointestinal, Osteonecrosis
Indinavir	Metabólicas, Hiperbilirrubinemia, Litiasis renal	Gastrointestinal
Atazanavir	Hiperbilirrubinemia, Rash	Gastrointestinal

- La toxicidad mitocondrial por inhibición de la ADN polimerasa gamma es común a todos los INTR siendo máxima para d4T y mínima para Abacavir.
- La toxicidad metabólica: lipodistrofia, dislipidemia, intolerancia a los Hidratos de Carbono y aumento del riesgo cardiovascular es común a todos los IP, excepto Atazanavir.

Graduación de las principales toxicidades	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Hematocrito (%)	28.5 - 31.4	24 - 28.4	19.5 - 23.9	< 19.5
Hemoglobina (grs/100 ml)	9.5 – 11	8.0 – 9.4	6.5 – 7.9	< 6.5
Glóbulos blancos (/mm ³)	2.500 – 3.999	1.000 – 2.499	800 - 999	< 800
Recuento neutrófilos (/mm ³)	1.000 – 1.499	750 - 999	500 - 749	< 500
Recuento plaquetas (/mm ³)	75.000 – 99.000	50.000 – 74.999	20.000 – 49.999	< 20.000 o petequias
Hiperglicemia (mgs/100 ml)	116 – 160	161 - 250	251 - 500	> 500 o cetoacidosis
Hipertrigliceridemia (mgs/100 ml)	250 – 400	401 - 750	751 - 1250	> 1250
Acidosis metabólica (HCO ₃ :mEq/lt)	19 – 21	15 - 18	10 - 14	< 10
Creatinina (x límite máx normal)	1.1 – 1.5	1.6 – 3.0	3.1 – 6.0	> 6 o diálisis
Bilirrubina (x límite máx normal)	1.1 – 1.5	1.6 – 2.5	2.6 – 5.0	> 5
GOT (x límite máx normal)	1.25 – 2.5	2.6 – 5.0	5.1 – 10.0	> 10
GPT (x límite máx normal)	1.25 – 2.5	2.6 – 5.0	5.1 – 10.0	> 10
GGT (x límite máx normal)	1.25 – 2.5	2.6 – 5.0	5.1 – 10.0	> 10
Fosfatases alcalinas (x lím máx n)	1.25 – 2.5	2.6 – 5.0	5.1 – 10.0	> 10
Lipasa (x límite máx normal)	1.1 – 1.39	1.4 – 2.09	2.1 – 5.0	> 5 o pancreatitis
Amilasa (x límite máx normal)	1.1 – 1.39	1.4 – 2.09	2.1 – 5.0	> 5 o pancreatitis
Vómitos	Aislados	Frecuentes	Hipotensión o hidratación EV	Hipotensión severa y/o hospitalización
Diarrea	3 – 4 x día	5 – 7 y/o nocturna	>7, hipotensión, hidratación EV	Hipotensión severa y/o hospitalización
Litiasis renal	Grado 4: Hematuria severa y/o insuficiencia renal obstructiva			
Polineuropatía	Leve	Requiere tratamiento	Interfiere con el sueño	Limita la marcha
Alteración del SNC	Ansiedad o depresión leve	Moderada	Severa, requiere asistencia	Psicosis aguda y/o hospitalización
Alergia	Rash leve y/o prurito	Máculas o máculo – pápulas difusas	Generalizadas	Anafilaxis, Stevens Johnson o exfoliación
Hipersensibilidad a Abacavir	Grado 4: Rash con fiebre y/o síntomas digestivos o respiratorios			

ANEXO 5. AJUSTE DE DOSIS DE LOS ANTIRETROVIRALES EN INSUFICIENCIA RENAL

Antiretroviral	Dosis diaria	Dosis en Insuficiencia renal
Zidovudina (AZT)	300 mgs c/ 12 horas	< 30 ml/ min: 300 mgs/ día
Lamivudina (3TC)	150 mgs c/ 12 horas	30 – 49 ml/ min: 150 mgs/ día 15 – 29 ml/ min: 600-750 mgs/ semanales HDC – 14 ml/ min: 150 – 300 mgs/ semanales
Didanosina (ddl)	250 – 400 mgs/ día	30 – 49 ml/ min: 125 - 200 mgs/ día 10 – 29 ml/ min: 100-125 mgs/ día HDC: 75-125 mgs/ día
Abacavir	300 mgs c/ 12 horas	Sin ajuste de dosis
* Tenofovir	300 mgs/ día	30 – 49 ml/ min: 300 mgs c/ 48 horas 10 – 29 ml/ min: 600 mgs/ semanales HDC: 300 mgs/ semanales
Efavirenz	600 mgs/ día	Sin ajuste de dosis
Nevirapina	200 mgs c/ 12 horas	Sin ajuste de dosis
Inhibidores de proteasa	Varía según IP	Sin ajuste de dosis
Enfuvirtida (T20)	90 mgs c/ 12 horas SC	Sin ajuste de dosis
Raltegravir	400 mgs c/ 12 horas	Sin ajuste de dosis

* Tenofovir debe usarse con precaución y monitoreo continuo de función renal en pacientes con Insuficiencia renal (Peso < 60 Kgs y edad > 50 años se asocia a riesgo aumentado de deterioro adicional de función renal).

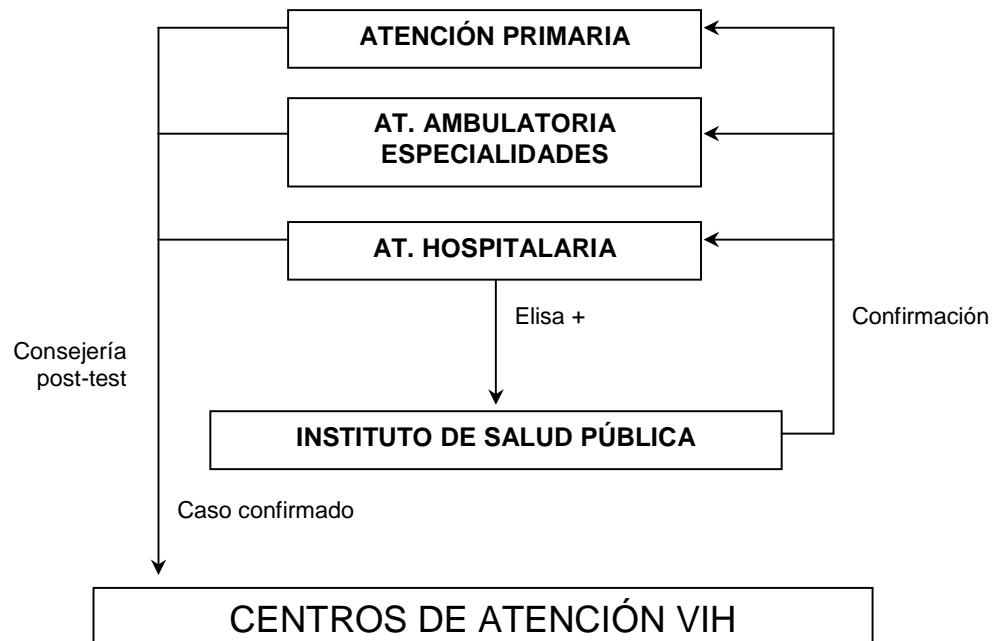
ANEXO 6. CLASIFICACIÓN DE ARV EN EMBARAZO, CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES DE USO

Antiretroviral	Clasificación FDA	Consideraciones	Recomendaciones
Zidovudina (AZT)	C	Sin evidencia de teratogenicidad. Bien tolerado, seguridad a corto plazo demostrada para madre e hijo	INTR preferido para usar en combinaciones de ARV basado en estudios de eficacia y amplia experiencia
Lamivudina (3TC)	C	Sin evidencia de teratogenicidad. Si existe coinfección con VHB puede producir reactivación si se suspende postparto	Debido a amplia experiencia en su uso, en combinación con AZT es el régimen recomendado
Didanosina (ddl)	B	Puede producir acidosis láctica fatal si se combina con d4T	INTR alternativo
Abacavir	C	Sin evidencia de teratogenicidad. Hipersensibilidad en 5-8% en no embarazadas; se desconoce datos en embarazo.	INTR alternativo
Tenofovir	B	Sin evidencia de teratogenicidad Desmineralización ósea en uso crónico de significado clínico incierto	INTR alternativo después de haber considerado otros ARV. Monitorizar función renal por toxicidad renal
Efavirenz	D	Malformaciones significativas	Debe evitarse en 1 ^{er} trimestre. Después deberá considerarse sólo después de haber analizado otras alternativas
Nevirapina	B	Sin evidencia de teratogenicidad. Aumento de toxicidad hepática potencialmente letal en mujeres con CD4>250/mm ³ al inicio de terapia	Si la mujer se embaraza utilizando NVP y es bien tolerada puede continuarse independiente de los CD4
Atazanavir	B	Sin evidencia de teratogenicidad Riesgo de aumento de bilirrubina en RN no observado clínicamente	IP alternativo. Indicar potenciado con Ritonavir
Lopinavir/ ritonavir	C	Bien tolerado. Seguridad a corto plazo demostrada en estudios fase I / II	IP de elección. Se han descrito hiperglicemia o exacerbación de DM y cetoacidosis diabética
Saquinavir	B	Sin evidencia de teratogenicidad. Bien tolerado. Seguridad	IP alternativo. Indicar potenciado con Ritonavir

		a corto plazo demostrada para madre e hijo	
Ritonavir	B	Sin evidencia de teratogenicidad. Experiencia limitada en dosis completa en embarazo.	Se recomienda su uso asociado a otro IP para aumentar los niveles del 2º IP
Fosamprenavir	C	Limitada experiencia en humanos	Datos insuficientes para recomendar su uso
Darunavir	C	Sin experiencia en humanos	Datos insuficientes para recomendar su uso
Enfuvirtida (T20)	B	Limitada experiencia en humanos	Datos insuficientes para recomendar su uso
Raltegravir	C	Sin experiencia en humanos	Datos insuficientes para recomendar su uso

ANEXO 7. RED DE ATENCIÓN VIH/ SIDA EN EL SISTEMA PÚBLICO

Consejería, detección y derivación



BIBLIOGRAFÍA ADULTOS Y PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL

1. WHO-UNAIDS. Global summary of the AIDS epidemics, December 2007. Disponible en http://www.who.int/hiv/data/2008_global_summary_AIDS_ep.png. Acceso el 23 de mayo de 2009.
2. Ministerio de Salud Chile. Departamento de Epidemiología. Evolución del VIH – SIDA Chile 1984 – 2007. Agosto 2008. Disponible en http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/Pais_84-07VIH_SIDA.pdf. Acceso el 23 de mayo de 2009.
3. Mellors J, Muñoz A, Giorgi J, Margolick J, Tassoni C, Gupta P, et al. Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. Ann Intern Med. 1997; 126: 983-5.
4. Moore R, Keruly J, Gebo K, Lucas G. An improvement in virologic response to highly active antiretroviral therapy in clinical practice from 1996 through 2002. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005; 39: 195-8
5. Gras L, Kesselring A, Griffin J, van Sighem A, Fraser C, Ghani A, et al. ATHENA Cohort Study. CD4 cell counts of 800 cells/mm³ or greater after 7 years of highly active antiretroviral therapy are feasible in most patients starting with 350 cells/mm³ or greater. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007; 45:183-92.
6. Palella F, Deloria-Knoll M, Chmiel J, Moorman A, Wood K, Greenberg A, et al. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata. Ann Intern Med. 2003; 138: 620-6.
7. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group, El-Sadr W, Lundgren J, Neaton J, Gordin F, Abrams D, Arduino R, et al. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. N Engl J Med. 2006; 355: 2283-96.
8. d'Arminio Monforte A, Lepri A, Rezza G, Pezzotti P, Antinori A, Phillips A, et al. Insights into the reasons for discontinuation of the first highly active antiretroviral therapy (HAART) regimen in a cohort of antiretroviral naïve patients. I.CO.N.A. Study Group. AIDS. 2000; 14: 499-507.
9. Petersen M, van der Laan M, Napravnik S, Eron J, Moore R, Deeks S. Long-term consequences of the delay between virologic failure of highly active antiretroviral therapy and regimen modification. AIDS. 2008; 22: 2097-106.
10. Beltrán C, Gallardo D, Wolff M, Arancibia J, Gallo C, Ayala M, Becerra I, Karelovic S, for the ChiAC Study Group. Learning Curve: Increasing Benefit of HAART According to Year of Initiation in a Middle-Income Country. Program and abstracts of the 14th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2008; Boston, USA. Abstract 818
11. The Working Group on Mother-To-Child Transmission of HIV. Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa, America, and Europe: results from 13 perinatal studies. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1995; 8(5):506-10.
12. Adjorlo-Johnson G, de Cock K, Ekpini E, Vetter K, Sibailly T, Brattegaard K, et al: Prospective comparison of mother-to-child transmission of HIV-1 and HIV-2 in Abidjan, Ivory Coast. JAMA 1994; 272:462-473.
13. Comisión Nacional del SIDA, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Chile. Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH. Agosto 2005.
14. Public Health Service Task Force Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1 Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States, April 29; 2009 <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/PerinatalGL.pdf> Acceso el 23 de mayo de 2009.
15. Dunn D, Newell M, Ades A, Peckham C. Risk of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Transmission through Breastfeeding. Lancet 1992; 340:585-8.
16. Schacker T, Collier A, Hughes J, Shea T, Corey L. Clinical and epidemiological features of primary HIV infection. Ann Intern Med 1996; 125: 257 – 64.
17. Hecht F, Busch M, Rawal B, Webb M, Rosenberg E, Swanson M, et al. Use of laboratory tests and clinical symptoms for identification of primary HIV infection. AIDS. 2002; 16: 1119 – 29.
18. Sankaran S, George M, Reay E, Guadalupe M, Flamm J, Prindiville T, et al. Rapid Onset of Intestinal Epithelial Barrier Dysfunction in Primary Human Immunodeficiency Virus Infection Is

- Driven by an Imbalance between Immune Response and Mucosal Repair and Regeneration. *J Virol.* 2008; 82: 538-45.
- 19. Egger M, May M, Chene G, Phillips A, Ledergerber B, Dabis F, et al for the ART Cohort Collaboration. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *Lancet.* 2002; 360: 119-29.
 - 20. Phillips A, Pezzotti P. CASCADE Collaboration. Short term risk of AIDS according to current CD4 cell count and viral load in antiretroviral drug naïve individuals and those treated in the monotherapy era. *AIDS.* 2004; 18: 51-8.
 - 21. Bartlett J, Fath M, De Masi R, Hermes A, Quinn J, Mondou E, et al. An updated systematic overview of triple combination therapy in antiretroviral – naive HIV – infected adults. *AIDS* 2006, 20: 2051 – 2064.
 - 22. Hogg R, Yip B, Chan K, Wood E, Craib K, O'Shaughnessy M, et al. Rates of disease progression by baseline CD4 cell count and viral load after initiating triple-drug therapy. *JAMA.* 2001; 286: 2568-77.
 - 23. Mocroft A, Vella S, Benfield T, Chiesi A, Miller V, Gargalianos P, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. EuroSIDA Study Group. *Lancet.* 1998; 352: 1725-30.
 - 24. Wolff M, Beltran C, Vasquez P, Ayala M, Valenzuela M, Berrios G, et al. The Chilean AIDS Cohort: A model for evaluating the impact of an expanded access program to antiretroviral therapy in a middle income country-Organization and preliminary results. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005; 40:551-7
 - 25. Vásquez P, Beltrán C, Gallardo D, Bustos M, Chilean AIDS Study Group. Conasida. Efficacy of HAART in patients with extremely advanced HIV disease in a middle income country Chilean AIDS Cohort", 9th European AIDS Conference Polonia 2003, LB.
 - 26. Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Importance of Baseline Prognostic Factors with Increasing time Since Initiation of Highly Active Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007; 46: 607–15
 - 27. May M, Sterne J, Sabin C, Costagliola D, Justice A, Thiébaut R, et al for the Antiretroviral Therapy (ART) Cohort Collaboration. Prognosis of HIV – 1 infected patients up to 5 years after initiation of HAART: collaborative analysis of prospective studies. *AIDS.* 2007; 21: 1185– 97
 - 28. Emery S for the SMART Study Group and INSIGHT. Major clinical outcomes in patients not treated with antiretroviral therapy (ART) at baseline in SMART: A rationale for a trial to examine early treatment of HIV disease. 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention; July 22-25, 2007; Sydney, Australia. Abstract WePeB018.
 - 29. Ministerio de Salud Chile. Comisión Nacional del SIDA y Grupo SIDA Chile Evaluación de impacto del programa de acceso expandido a tratamiento antirretroviral. Cohorte chilena de SIDA. Diciembre 2007 publicado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud
 - 30. Moore RD, Keruly J, and Bartlett J. Person-years Lost by Late Presentation for HIV Care in Maryland CROI 2008. Abstract 805.
 - 31. Kitahata M, Gange S, Abraham A, Merriman B, Saag M, Justice A, et al; NA-ACCORD Investigators. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N Engl J Med.* 2009; 360:1815-26..
 - 32. Baker J , Peng G, Rapkin J, Abrams D, Silverberg M, Cavert W, MacArthur R , Henry W Neaton J, and Beirn T Community Prgms for Clin Res on AIDS (CPCRA) CROI 2007. Abstract 37. Non AIDS en CD4 200 – 350
 - 33. Zoufaly A, Stellbrink H, an der Heiden M, Kollan C, van Lunzen J, Hamouda O and CLINSURV Study group. Insufficient Virus Suppression during HAART Is a Strong Predictor for the Development of AIDS-related Lymphoma: German CLINSURV Cohort ,CROI 2008. Abstract 16.
 - 34. Monforte A, Abrams D, Pradier C, Weber R, Reiss P, Bonnet F, et al for the Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs (D:A:D) Study Group. HIV-induced immunodeficiency and mortality from AIDS-defining and non-AIDS-defining malignancies. *AIDS.* 2008; 22: 2143-53
 - 35. Patel P, Hanson D, Sullivan P, Novak R, Moorman A, Tong T, et al. Incidence of types of cancer among HIV-infected persons compared with the general population in the United States, 1992-2003. *Ann Intern Med.* 2008; 148: 728-36.

36. Silverberg M, Neuhaus J, Bower M, Gey D, Hatzakis A, Henry K, et al. Risk of cancers during interrupted antiretroviral therapy in the SMART study. AIDS. 2007; 21(14):1957-63.
37. D:A:D Study Group, Sabin C, Worm S, Weber R, Reiss P, El-Sadr W, Dabis F, et al. Use of nucleoside reverse transcriptase inhibitors and risk of myocardial infarction in HIV-infected patients enrolled in the D:A:D study: a multi-cohort collaboration. Lancet. 2008; 371: 1417-1426.
38. Phillips A, Carr A, Neuhaus J, Visnegarwala F, Prineas R, Burman W, et al. Interruption of antiretroviral therapy and risk of cardiovascular disease in persons with HIV-1 infection: exploratory analyses from the SMART trial. Antivir Ther. 2008; 13: 177-87.
39. Mocroft A, Phillips A, Gatell J, Ledergerber B, Fisher M, Clumeck N, EuroSIDA study group. et al. Normalisation of CD4 counts in patients with HIV-1 infection and maximum virological suppression who are taking combination antiretroviral therapy: an observational cohort study. Lancet, 2007. 370(9585):407-13.
40. Moore R, Keruly J. CD4+ cell count 6 years after commencement of highly active antiretroviral therapy in persons with sustained virologic suppression. Clin Infect Dis. 2007; 44: 441-446.
41. Cortés C, Beltrán C, Muñoz R, Daube E, Wolff M por el grupo SIDA Chile: Impacto de la inmunodepresión basal y su grado de recuperación al año de terapia antirretroviral en sobrevida, complicaciones oportunistas y reacción de recuperación inmune. Rev Med Chile 2008; 136: 1503 – 1510.
42. Lichtenstein K, Armon C, Buchacz K, Chmiel J, Moorman A, Wood K, et al. Initiation of antiretroviral therapy at CD4 cell counts $>/=350$ cells/mm³ does not increase incidence or risk of peripheral neuropathy, anemia, or renal insufficiency. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008; 47: 27-35.
43. Quinn T, Wawer M, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. N Engl J Med 2000; 342: 921 - 929
44. Castilla J, Del Romero J, Hernando V, Marincovich B, García S, Rodríguez C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005; 40: 96-101
45. Lima V, Johnston K, Hogg R, Levy A, Harrigan R, Anema A, et al. Expanded Access to Highly Active Antiretroviral Therapy: A Potentially Powerful Strategy to Curb the Growth of the HIV Epidemic. J Infect Dis 2008; 198: 59–67
46. Zolopa A, Andersen J, Powderly W, Sanchez A, Sanne I, Suckow C, et al. Early antiretroviral therapy reduces AIDS progression/death in individuals with acute opportunistic infections: a multicenter randomized strategy trial. PLoS ONE. 2009; 4:e5575.
47. Staszewski S, Morales-Ramirez J, Tashima K, Rachlis A, Skiest D, Stanford J, et al. Efavirenz plus zidovudine and lamivudine, efavirenz plus indinavir, and indinavir plus zidovudine and lamivudine in the treatment of HIV-1 infected adults. N Engl J Med. 1999; 341: 1865-73.
48. Pérez C, Fuentes G, Zañartu C, Rabagliati R, Labarca J, Acuña G, Ajenjo C. ¿Es la anemia una contraindicación para iniciar Zidovudina en pacientes que inician terapia antirretroviral?. XXIII Congreso Chileno de Infectología 8-10 noviembre, 2006. Viña del Mar . Libro de resúmenes
49. DeJesus E, Herrera G, Teófilo E, Gerstoft J, Beltrán C, David J, et al. Abacavir versus zidovudine combined with lamivudine and efavirenz, for the treatment of antiretroviral - naive HIV – infected adults. Clin Infect Dis. 2004; 39: 1038 - 46
50. Mallal S, Phillips E, Carosi G, Molina J, Workman C, Tomazic J, et al for the PREDICT-1 Study Team. HLA-B*5701 screening for hypersensitivity to abacavir. N Engl J Med. 2008; 358: 568-79
51. Pozniak A, Gallant J, DeJesus E, Arribas J, Gazzard B, Campo R, et al. Tenofovir disoproxil fumarate, emtricitabine, and efavirenz versus fixed-dose zidovudine/ lamivudine and efavirenz in antiretroviral-naïve patients: virologic, immunologic, and morphologic changes--a 96-week analysis. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006; 43: 535-40.
52. van Leth F, Phanuphak P, Ruxrungtham K, Baraldi E, Miller S, Gazzard B, et al for the 2NN Study team Comparison of first-line antiretroviral therapy with regimens including nevirapine, efavirenz, or both drugs, plus stavudine and lamivudine: a randomised open-label trial, the 2NN Study. Lancet. 2004; 363:1253-63

53. Riddler S, Haubrich R, DiRienzo A, Peeples L, Powderly W, Klingman K, et al for the AIDS Clinical Trials Group Study A5142 Team Class-sparing regimens for initial treatment of HIV-1 infection. *N Engl J Med.* 2008; 358: 2095-106.
54. Molina J, Andrade-Villanueva J, Echevarria J, Chetchotisakd P, Corral J, David N, et AL for the CASTLE Study Team. Once-daily atazanavir/ritonavir versus twice-daily lopinavir/ritonavir, each in combination with tenofovir and emtricitabine, for management of antiretroviral-naïve HIV-1-infected patients: 48 week efficacy and safety results of the CASTLE study. *Lancet.* 2008; 372: 646-55.
55. Eron J, Yeni P, Gathe J, Estrada V, DeJesus E, Staszewski S, et al for the KLEAN study team The KLEAN study of fosamprenavir-ritonavir versus lopinavir-ritonavir, each in combination with abacavir-lamivudine, for initial treatment of HIV infection over 48 weeks: a randomised non-inferiority trial. *Lancet.* 2006; 368:476-82.
56. Smith K, Weinberg W, DeJesus E, Fischl M, Liao Q, Ross L, et al. Fosamprenavir or atazanavir once daily boosted with ritonavir 100 mg, plus tenofovir/emtricitabine, for the initial treatment of HIV infection: 48-week results of ALERT. *AIDS Research and Therapy.* 2008; 5: 5-9
57. Raffi F, Ward D, Ruxrungtham K, Brunetta J, Schutz M. Saquinavir/r BID vs lopinavir/r BID plus emtricitabine/ tenofovir QD as initial therapy in HIV-1 infected patients: the GEMINI study. Program and abstracts of the 4th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention; 2007; Sydney, Australia. Abstract WEPEB027
58. Ortiz R, Dejesus E, Khanlou H, Voronin E, van Lunzen J, Andrade-Villanueva J, et al. Efficacy and safety of once-daily darunavir/ ritonavir versus lopinavir/ ritonavir in treatment-naïve HIV-1-infected patients at week 48. *AIDS.* 2008; 22: 1389-97.
59. Nelson M, Yeni P, Sension M, Ive P, Chen L, Hill A, et al. Factors affecting virological response to darunavir/ ritonavir and lopinavir/ ritonavir in treatment - naïve HIV patients: ARTEMIS at 96 weeks. Program and abstracts of the 16th Conference on retroviruses and Opportunistic Infections; 2009; Montréal, Canada. Abstract 575
60. Madruga J, Berger D, McMurchie M, Suter F, Banhegyi D, Ruxrungtham K, et al for the TITAN study group. Efficacy and safety of darunavir-ritonavir compared with that of lopinavir-ritonavir at 48 weeks in treatment-experienced, HIV-infected patients in TITAN: a randomised controlled phase III trial. *Lancet.* 2007; 370: 49-58.
61. Malan DR, Krantz E, David N, Wirtz V, Hammond J, McGrath D; 089 Study Group. Efficacy and safety of atazanavir, with or without ritonavir, as part of once-daily highly active antiretroviral therapy regimens in antiretroviral-naïve patients. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2008 Feb 1;47(2):161-7.
62. Wolff M, Diomedi A, Morales O, Bidart T, Dabanch J, Bustamante et als. Seguimiento prospectivo de una población infectada por VIH con y sin posibilidades de terapia antiretroviral: impacto en sobrevida y complicaciones *Rev méd Chile.* 2001;129 (8): 886-894
63. Gathe Jr. J, Yeh R, Mayberry C, et al. Single-agent therapy with lopinavir/ ritonavir suppresses plasma HIV-1 viral replication in HIV-1 naïve subjects: IMANI-2 48-week results. Program and abstracts of the 4th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention; 2007; Sydney, Australia. Abstract WEPEB034.
64. Delfraissy J, Flandre P, Delaugerre C, Ghosn J, Horban A, Girard P, et al. Lopinavir/ ritonavir monotherapy or plus zidovudine and lamivudine in antiretroviral-naïve HIV-infected patients. *AIDS.* 2008; 22: 385-93
65. Vibhagool A, Cahn P, Schechter M, Smail F, Soto-Ramirez L, Carosi G, et al. Triple nucleoside treatment with abacavir plus the lamivudine/ zidovudine combination tablet (COM) compared to indinavir/ (COM) in antiretroviral therapy – naïve adults: results of a 48 – week open – label, equivalence trial (CNA 3014). *Curr Med Res Opin.* 2004; 20: 1103 - 14
66. Malan N., Krantz E., David N., Mathew M., Rightmire A.4, Wirtz V.,et al for the BMS AI424089 Study Group. Efficacy and safety of atazanavir-based therapy in antiretroviral naïve HIV-1 infected subjects, both with and without ritonavir: 96-week results from AI424089. 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention: Abstract no. WEPEB024"
67. Havlir D, Tierney C, Friedland G, Pollard R, Smeaton L, Sommadossi J, et al. In vivo antagonism with zidovudine plus stavudine combination therapy. *J Infect Dis.* 2000; 182: 321 - 5

68. Bethell R, Adams J, DeMuys J, et al. Pharmacological evaluation of a dual deoxycytidine analogue combination: 3TC and SPD754. Program and abstracts of the 11th Conference on retroviruses and Opportunistic Infections; 2004; San Francisco, USA. Abstract 138
69. Badía X, Podzamczer D, Moral I, Roset M, Arnaiz JA, Loncà M, Casiró A, Casiró A, Rosón B, Gatell JM ; BestQoL Study Group Health-related quality of life in HIV patients switching to twice-daily indinavir/ritonavir regimen or continuing with three-times-daily indinavir-based therapy. *Antivir Ther.* 2004 Dec;9(6):979-85.
70. Boubaker K, Flepp M, Sudre P, Furrer H, Haensel A, Hirschel B, et al. Hyperlactatemia and antiretroviral therapy: the Swiss HIV Cohort Study. *Clin Infect Dis.* 2001; 33: 1931-7
71. Finer L, Henshaw S. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health.* 2006; 38: 90-6
72. Girardi E, Sabin C, d'Arminio Monforte A, Hogg B, Phillips A, Gill M, et al for the Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Incidence of Tuberculosis among HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy in Europe and North America. *Clin Infect Dis.* 2005; 41: 1772-82.
73. Wolff M, Beltrán C, de Andraca M for the ChiAC Study Group and Conasida. Tuberculosis in the General and the HIV Population in Chile. Clinical and Epidemiological Comparison and the Effect of Antiretroviral Therapy. Program and abstracts of the 11th Conference on retroviruses and Opportunistic Infections; 2004; San Francisco, USA. Abstract 758
74. CDC. Managing Drug Interactions in the Treatment of HIV-Related Tuberculosis. 2007. http://www.cdc.gov/tb/TB_HIV_Drugs.htm Acceso el 23 de mayo de 2009
75. French M, Price P, Stone S. Immune restoration disease after antiretroviral therapy. *AIDS.* 2004; 18: 1615 - 27
76. Beltrán C, Gallardo D, Arancibia J, Wolff M, Morales O, Carrasco A para el grupo SIDACHile. Coinfección VIH-VHB: Prevalencia, factores de riesgo e impacto en elección de TAR. XXIV Congreso Chileno de Infectología. Noviembre 2007
77. Pérez C, Cerón I, Fuentes G, Zañartu C, Balcells E, Ajenjo C, Rabagliati R, Labarca J, Acuña G. Coinfecciones por virus hepatitis B, virus hepatitis C, Treponema pallidum y Toxoplasma gondii en la cohorte de pacientes VIH positivos en control en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Méd Chile* 2009;137:641-8.
78. Sherman M, Yurdaydin C, Sollano J, Silva M, Liaw Y, Cianciara J, et al. Entecavir for treatment of lamivudine-refractory, HBeAg-positive chronic hepatitis B. *Gastroenterology.* 2006; 130: 2039 – 2049
79. Sorrell MF, Belongia EA, Costa J, et al. National Institutes of Health consensus development conference statement: management of hepatitis B. *Ann Intern Med.* 2009;150:104-110.
80. Lee Y, Suh D, Lim Y, Jung S, Kim K, Lee H, et al. Increased risk of adefovir resistance in patients with lamivudine – resistant chronic hepatitis B after 48 weeks of adefovir dipivoxil monotherapy. *Hepatology.* 2006; 43: 1385 – 1391
81. Marcellin P, Lau G, Bonino F, Farci P, Hadziyannis S, Jin R, et al. Peginterferon alfa-2a alone, lamivudine alone, and the two in combination in patients with HBeAg - negative chronic hepatitis B. *N Engl J Med.* 2004; 351: 1206 – 1217
82. Torriani F, Rodriguez – Torres M, Rockstroh J, Lissen E, Gonzalez – Garcia J, Lazzarin A, et al. Peginterferon alfa – 2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in HIV – infected patients. *N Engl J Med* 2004; 351: 438 – 450
83. Carrat F, Bani – Sadr F, Pol S, Rosenthal E, Lunel – Fabiani F, Benzekri A, et al. Pegylated interferon alpha – 2b vs standard inreferon alpha – 2b, plus ribavirin, for chronic hepatitis C in HIV – infected patients: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2004; 292: 2839 – 2848
84. Chung R, Andersen J, Volberding P, Robbins G, Liu T, Sherman K, et al. Peginterferon alfa – 2a plus ribavirin versus interferon alfa – 2a plus ribavirin for chronic hepatitis C in HIV – coinfecteds persons. *N Engl J Med* 2004; 351: 451 – 459
85. Lai AR, Tashima KT, Taylor LE: Antiretroviral medication considerations for individuals co-infected with HIV and HCV. *AIDS Patient Care STDS.* 2006; 20: 678–692
86. Bani-Sadr F, Denoeud L, Morand P, Lunel-Fabiani F, Pol S, Cacoub P, et al. Early virologic failure in HIV-co-infected hepatitis C patients treated with the Peginterferon-Ribavirin combination: does Abacavir play a role? *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007; 45: 123–125
87. Disponible en <http://www.ema.europa.eu>

88. Lucas G, Mehta S, Atta M, Kirk G, Galai N, Vlahov D, et al. End-stage renal disease and chronic kidney disease in a cohort of African-American HIV-infected and at-risk HIV-seronegative participants followed between 1988 and 2004. *AIDS*. 2007; 21:2435-43
89. Aboulafia D, Dundow D, Waide S, Bennet C, Kerr D. Initial observations on the efficacy of highly active antiretroviral therapy in the treatment of HIV-associated autoimmune thrombocytopenia. *Am J Med Sci*. 2000; 320: 117-23
90. Cozzi-Lepri A, Phillips A, Clotet B, Mocroft A, Ruiz L, Kirk O, et al for the EuroSIDA Study Group. Detection of HIV drug resistance during antiretroviral treatment and clinical progression in a large European cohort study. *AIDS*. 2008; 22: 2187-98.
91. Johnson V, Brun-Vézin F, Clotet B, Günthard H, Kuritzkes D, Pillay D, et al. Update of the Drug Resistance Mutations in HIV-1: Spring 2008. *Top HIV Med*. 2008; 16: 62-68
92. Nettles R, Kieffer T, Kwon P, Monie D, Han Y, Parsons T, et al. Intermittent HIV-1 viremia (blips) and drug resistance in patients receiving HAART. *JAMA*. 2005; 293: 817-29
93. Ross L, Lim M, Liao Q, Wine B, Rodriguez A, Weinberg W, et al. Prevalence of antiretroviral drug resistance and resistance-associated mutations in antiretroviral therapy-naïve HIV-infected individuals from 40 United States cities. *HIV Clin Trials*. 2007; 8: 1-8.
94. Afani A, Ayala M, Meyer A, Acevedo W, Cabrera R. Resistencia primaria a terapia antirretroviral en pacientes con infección por VIH/SIDA en Chile. *Rev Med Chil*. 2005; 133: 295-301
95. Acevedo W, Gallardo A, Galaz J, Afani A, Cortés E. Detección de resistencia primaria en chilenos infectados por VIH. *Rev Med Chile* 2007; 135: 1406-1413
96. van Sighem A, Zhang S, Reiss P, Gras L, van der Ende M, Kroon F, et al. Immunologic, virologic, and clinical consequences of episodes of transient viremia during suppressive combination antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008; 48:104-8
97. Young B, Smith K, Patel P, et al. Characterization of virologic failure over 96 weeks by drug resistance and antiviral response in ART naive patients receiving abacavir/ lamivudine (ABC/3TC) or tenofovir/ emtricitabine (TDF/FTC) each with lopinavir/ ritonavir QD in the HEAT study. Program and abstracts of the 48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting; 2008; Washington DC, USA. Abstract H-1233
98. Fox Z, Dragsted U, Gerstoft J, Phillips A, Kjaer J, Mathiesen L, et al for The COLATE study group. A randomized trial to evaluate continuation versus discontinuation of lamivudine in individuals failing a lamivudine-containing regimen: the COLATE trial. *Antivir Ther*. 2006; 11: 761-70
99. Petersen M, Wang Y, van der Laan M, Rhee S, Shafer R, Fessel W. Virologic efficacy of boosted double versus boosted single protease inhibitor therapy. *AIDS*. 2007;21: 1547-54
100. Clotet B, Bellos N, Molina J, Cooper D, Goffard J, Lazzarin A, et al for the POWER 1 and 2 study groups. Efficacy and safety of darunavir-ritonavir at week 48 in treatment-experienced patients with HIV-1 infection in POWER 1 and 2: a pooled subgroup analysis of data from two randomised trials. *Lancet*. 2007; 369:1169-78.
101. Madruga J, Cahn P, Grinsztejn B, Haubrich R, Lalezari J, Mills A, et al for the DUET-1 study group. Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-1: 24-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2007; 370: 29-38
102. Lazzarin A, Campbell T, Clotet B, Johnson M, Katlama C, Moll A, et al for the DUET-2 study group. Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-2: 24-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2007; 370: 39-48
103. Haubrich R, Eron J, Thompson M, et al. Reduction in AIDS defining events/death (ADE/D) with etravirine (ETR) compared to placebo (PL): pooled DUET 48 week results. In: Program and abstracts of the 48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting; October 25-28, 2008; Washington, D.C. Abstract H-1239.
104. Fagard C, Descamps D, Dubar V, Colin C, Taburet A, Roquebert B, et al. Efficacy and safety of raltegravir plus etravirine and darunavir/ritonavir in treatment-experienced patients with multidrug-resistant virus: 48-week results from the ANRS 139 TRIO trial. Program and abstracts of the 5th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment, and Prevention. 2009 Cape Town, South Africa Abstract TUPDB204

105. Steigbigel R, Cooper D, Kumar P, Eron J, Schechter M, Markowitz M, et al for the BENCHMRK Study Teams. Raltegravir with optimized background therapy for resistant HIV-1 infection. *N Engl J Med.* 2008; 359: 339-54
106. Cooper D, Steigbigel R, Gatell J, Rockstroh J, Katlama C, Yeni P, et al for the BENCHMRK Study Teams. Subgroup and resistance analyses of raltegravir for resistant HIV-1 infection. *N Engl J Med.* 2008; 359: 355-65
107. Gulick R, Lalezari J, Goodrich J, Clumeck N, DeJesus E, Horban A, et al for the MOTIVATE Study Teams. Maraviroc for previously treated patients with R5 HIV-1 infection. *N Engl J Med.* 2008; 359: 1429-41.
108. Lalezari J, Henry K, O'Hearn M, Montaner J, Piliero P, Trottier B for the TORO 1 Study Group. Enfuvirtida, an HIV-1 fusion inhibitor, for drug-resistant HIV infection in North and South America. *N Engl J Med.* 2003; 348: 2175-85
109. Lonca M, Pilasi C, Perez I, Brunet M, Coll O, Laguno M, Calvo M, Gatell JM and Mallolas J. Pharmacokinetics of Saquinavir 500mg Formulation + Ritonavir (1000/100mg BID) in HIV+ Pregnant Women During Pregnancy 9th International Workshop on Clinical Pharmacology of HIV Therapy.2008 and Postpartum.
110. 110. Coll O, Suy A, Hernandez S, Pisa S, Lonca M, Thorne C, et al. Prenatal diagnosis in human immunodeficiency virus-infected women: a new screening program for chromosomal anomalies. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(1):192-8.
111. Disponible en <http://www.apregistry.com/>
112. Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee. Antiretroviral Pregnancy Registry international interim report for 1 Jan 1989 - 31 July 2008. Wilmington, NC: Registry Coordinating Center; 2008. Available at: <http://www.APRegistry.com>.
113. Kourtis AP et al. Use of antiretroviral therapy in pregnant HIV-infected women and the risk of premature delivery: a Meta-analysis. *AIDS* 2007; 21:607-615
114. Sibai BM. Diagnosis, controversies and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count. *Obst Gynecol.* 2004;103(5 Pt1):981-91.
115. Grimbert S, Fisch C, Deschamps D, Berson A, Fromenty B, Feldmann G, Pessaire D. Effects of female sex hormones on mitochondria: possible role in acute fatty liver of pregnancy [Am J Physiol.](#) 1995 Jan;268(1 Pt 1):G107-15
116. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C, Hayani K, Handelsman E, Smeriglio V, Hoff R, Blattner W; Women and Infants' Transmission Study Group. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission [J Acquir Immune Defic Syndr.](#) 2002 Apr 15;29(5):484-94
117. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin number 47, October 2003: Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. *Obstet Gynecol.* 2003. 102(4):875-82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14551023>
Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion scheduled Cesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection. Number 234, May 2000 (replaces number 219, August 1999). *Int J Gynaecol Obstet,* 2001 Jun;73(3):279-81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11424912>
118. Maiques V, Garcia-Tejedor A, Perales A, Cordoba J, Esteban RJ. HIV detection in amniotic fluid samples: Amniocentesis can be performed in HIV pregnant women? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2003 Jun 10;108(2):137-41.
119. http://www.nccc.ucsf.edu/Clinical_Resources/Guidelines/PDFs/PerinatalGLSafetyTox_Sup.pdf
Supplement: Safety and Toxicity of Individual Antiretroviral Agents in Pregnancy
120. Stratton P, Tuomala RE, Abboud R et al. Obstetric and newborn outcomes in a cohort of HIV-infected pregnant women: a report of the women and infants transmission study. *J Acquir Immune Defic Sydrr Hum Retrovirol* 1999; 20:179–186.
121. Ciarnello A , Freedberg K , Chu J , Lockman, S , Hughes M, Currier J et al , Lopinavir/ritonavir (LPV/r)-compared to nevirapine(NVP) –based ART following receipt of single dose nevirapine for prevention of mother- to-child transmission in South Africa : a cost-effectiveness analysis of the OCTANE (ACTG A5208) trial , 5th IAS Confernece on Pathogenesis, Treatment and Prevention , Cape Town , South Africa, abstract 1862 , July 2009
122. Slattery MM, Morrison JJ. Preterm delivery. *Lancet* 2002; 360:1489-97.

123. Wen SW, Smith G, Yang Q, Walker M. Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. *Semin Fetal Neonatal Med* 2004; 9 (6):429-35.
124. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 29(5):84-494.
125. Pregnancy-related changes in the longer-term management of HIV-infected women in Europe. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111(1):3-8.
126. Ellis J, Williams H, Graves W, Lindsay MK. Human immunodeficiency virus infection is a risk factor for adverse perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:903-6.
127. Tuomala RE, Watts DH, Li D, Vajaranant M, Pitt J, Hammill H et al. Improved obstetric outcomes and few maternal toxicities are associated with antiretroviral therapy, including highly active antiretroviral therapy during pregnancy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 38(4):449-473.
128. Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:836-48.
129. Stratton P, Tuomala RE, Abboud R, Rodriguez E, Rich K, Pitt J et al. Obstetric and newborn outcomes in a cohort of HIV-infected pregnant women: a report of the women and infants transmission study. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1999; 20(2):179-186.
130. European Collaborative Study. Vertical transmission of HIV-1: maternal immune status and obstetric factors. *AIDS* 1996; 10:1675-81.
131. Lorenzi P, Spicher VM, Laubereau B, Hirschel B, Kind C, Rudin C et al. Antiretroviral therapies in pregnancy: maternal, fetal and neonatal effects: Swiss HIV Cohort Study, the Swiss Collaborative HIV and Pregnancy Study and the Swiss Neonatal Study. *AIDS* 1998; 12 (18):F241-F247.
132. The European Collaborative Study and the Swiss Mother and Child HIV Cohort Study. Combination antiretroviral therapy and duration of pregnancy. *AIDS* 2000; 14:2913-20.
133. Goldstein PJ, Smit R, Stevens M, Sever JL. Association between HIV in pregnancy and antiretroviral therapy, including protease inhibitors and low birth weight infants. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2000; 8(2):94-8.
134. European Collaborative Study. Increased risk of adverse pregnancy outcomes in HIV-infected women treated with highly active antiretroviral therapy in Europe □Research letter□. *AIDS* 2004; 18:2337-9.
135. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolos asistenciales en Obstetricia. Rotura prematura de membranas (2003). Disponible en: <http://www.sego.es>.
136. Minkoff H, Burns DN, Landesman S, Youshah J, Goedert JJ, Nugent RP et al. The relationship of the duration of ruptured membranes to vertical transmission of human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:585-9.
137. Landesman S, Kaiish LA, Burns DN, Minkoff H, Fox HE, Zorrilla C et al. Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. *N Engl J Med* 1996; 334:1617-23.
138. The International Perinatal HIV Group. Duration of ruptured membranes and vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis from 15 prospective cohort studies. *AIDS* 2001; 15:357-
139. Anderson JE, Ebrahim SH, Sansom S. Women's knowledge about treatment to prevent mother-to-child human immunodeficiency virus transmission. *Obstet Gynecol* 2004; 103 (1):165-8.
140. Ministerio de Salud Chile. Comisión Nacional del SIDA. Área de Atención Integral. Modelo de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/ SIDA. Junio 2005. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/vih/modeloatencionFINALenPDF.pdf>. Acceso el 23 de mayo de 2009

CAPITULO III: TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

AGREE:	Appraisal of Guideline Research and Evaluation
AHRQ:	Agency for Health Research and Quality
ARV:	Antiretrovirales
AZT:	Zidovudina
CDC:	Centers for Disease Control
CD4:	Linfocitos T CD4+
CMV:	Citomegalovirus
CV:	Carga Viral
EFV	Efavirenz
ETS:	Enfermedades de Transmisión Sexual
ddl:	Didanosina
d4T:	Estavudina
EC:	Cápsulas Entéricas
gr:	Gramos
IF:	Inhibidores de Fusión
IFI:	Inmunofluorescencia Indirecta
INTR:	Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa
INNTR:	Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa
IP:	Inhibidores de Proteasa
ISP:	Instituto de Salud Pública
IV:	Intravenoso
Kgs:	Kilogramos
LIA:	Enzimoinmunoanálisis lineal
LGP:	Linfadenopatía Generalizada Persistente
mg:	Miligramos
ml:	Mililitro
NEV	Nevirapina
NFV	Nelfinavir
NHS:	National Health Service
NIH:	National Institute of Health
NIL	Neumonitis Intersticial Linfoide
NVP	Nevirapina
PCR:	Reacción de Polimerasa en Cadena

Guía Clínica 2009 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA

PEEC:	Programa de Evaluación Externa de Calidad
PVVIH:	Personas Viviendo con VIH
RCP	Reacción en Cadena de la Polimerasa
RIPA:	Radioinmunoprecipitación
RN:	Recién Nacido
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIGN:	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SIRI:	Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune
SNC:	Sistema Nervioso Central
TAR:	Terapia Antirretroviral
VHS	Virus Herpes Simple
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
3TC:	Lamivudina

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud

Los primeros casos de SIDA se comunicaron hace 25 años, pero en el corto tiempo transcurrido, el número de casos estimados de personas viviendo con VIH/SIDA llega a Diciembre de 2008 a 33,4 millones de personas en el mundo (31,1 a 35,8), de los cuales 2,5 millones son niños menores de 15 años. Más de sesenta millones se han infectado con el VIH desde que apareció la epidemia, de los cuales han muerto 25 millones por causas relacionadas con el VIH. Se estima que de las 2,7 millones de personas que adquirieron el VIH durante el año 2008, 430.000 corresponden a menores de 15 años. Durante el año 2008 se estima que fallecieron 2 millones de personas, de los cuales 280 000 eran menores de 15 años (1).

Un poco más del 5% de las casi 40 millones de personas infectadas en el mundo son niños y más del 10% de los nuevos casos registrados el año 2006 corresponden a población infantil (2).

En Chile, la principal vía de transmisión es la sexual con el 92% de los casos, el 2% de los casos son por abuso de drogas endovenosas, el 1% por transmisión vertical (madre-hijo) y el 5% se registra como exposición desconocida. Los factores de riesgo de adquirir la infección en el niño están directamente relacionados con conductas de riesgo maternas y también del momento de adquisición de la infección de la madre (3-4).

En Chile, el primer caso pediátrico de SIDA, por mecanismo transfusional fue detectado en 1987 y los primeros casos de infección por VIH por mecanismo vertical fueron diagnosticados en 1989 (5-6). Desde entonces y hasta fines de Junio del 2009 se han diagnosticado 309 niños, de los cuales 295 corresponden a transmisión vertical (de un total de 1540 embarazadas VIH (+)) y 14 por otros factores de riesgo (7).

El esfuerzo se ha concentrado en reducir la transmisión vertical (TV) del virus, que da cuenta del 99% de las infecciones por VIH en niños menores de 13 años (5-6). El primer paso fue apoyar todas las gestiones dirigidas a contar en el país con pruebas de laboratorio capaces de detectar y confirmar la infección VIH en el adulto y también en el niño (4,7).

A partir de los primeros años de la década de los 90s se comenzó con el tratamiento de la infección VIH mediante el uso de antiretrovirales (ARV) de la familia de los inhibidores de la transcriptasa reversa análogos y nucleosidos (INTR). Durante ese período se extremaron también medidas profilácticas tendientes a disminuir la mortalidad por patología oportunista (4).

A fines del año 1994 se inició en Chile, la aplicación del protocolo de prevención de la TV, PACTG-076, aplicado en USA y Francia donde disminuyó en un 68% la TV con la utilización de zidovudina (ZDV o AZT) durante el embarazo, parto y recién nacido (8). Hasta ese año la tasa de TV, en Chile, era superior al 25%. Desde entonces, con el uso de este protocolo, la indicación de cesárea electiva, la suspensión de la lactancia materna y la incorporación de nuevos esquemas de tratamiento antiretroviral (TAR) en

embarazadas chilenas, se redujo la tasa de TV a 6% en el año 1998 y a un 2% en el año 2005 en hijos de madre VIH positivas conocidas (9).

La tasa de mortalidad en los 281 casos de niños chilenos VIH (+) por VIH en 20 años de evolución de la epidemia en Chile es del 12.7% (hasta Diciembre 2007). El 58% de los niños infectados se concentra en la región metropolitana. No se observan diferencias en la distribución por sexo (54% niñas y 46% niños). El 90% de los niños vive en situación de familia y el 10% en hogares de acogida. El 66% de los pacientes asiste al colegio (6).

La sobrevida general de los niños chilenos viviendo con VIH/SIDA es de 189.8 meses en promedio (15.8 años, P50) y el 75% de los niños ha sobrevivido a sus 188 meses de vida (15.6 años, P75). Al contrario, los pacientes fallecidos alcanzaron un promedio de sobrevida de 104.9 meses de vida (8.7 años, P50) (6).

En mayo de 1991 se inicia en Chile el uso de TAR en niños, primero con el uso de AZT de manera exclusiva y desde 1992 asociado a didanosina (ddl) o lamivudina (3TC). Desde 1996 se agrega una tercer ARV, de la familia de los antiproteasas (IP), especialmente ritonavir (RTV) y nelfinavir (NFV). Así hasta 1996 podemos distinguir la primera etapa en el uso de ARV en niños chilenos con la disponibilidad exclusiva de dos inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos. A partir de ese año se inicia una segunda etapa con el uso de dos ITRN asociados y un IP. Desde 1999 se agrega al inicio de tratamiento, la familia de inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN), con la incorporación de nevirapina (NVP) y efavirenz (EFV). De acuerdo al registro del uso de ARV en niños en Chile, el 3.9% de los pacientes inició con un ITRN a comienzos de 1991, 39.5% de los niños comenzó su terapia con dos ITRN y desde 1996, el 56.5% inició el tratamiento con tres fármacos, 2 ITRN asociados a un tercer ARV, ITRNN o un IP. Desde el año 2000 se introduce también el uso de IP bosteados como lopinavir / ritonavir (LPV/rtv) (6).

A partir del año 2002 se introduce la genotipificación de las cepas de VIH, herramienta que ha permitido evaluar mejor los cambios de esquema de los ARV. Entre las causas de cambio de esquema terapéutico podemos destacar en los niños, el deterioro clínico en el 46%, falla inmunológica en el 39% y la falla virológica en el 15% (6).

1.2 Alcance de la guía

a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Definición: La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tipo 1 o tipo 2, se caracteriza por el deterioro progresivo del sistema inmune y clínicamente por una infección asintomática o poco sintomática durante un período variable de hasta alrededor de 8 años (actualmente se considera de 10 años), debido al equilibrio entre la replicación viral y la respuesta inmunológica del paciente. Posteriormente se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a la etapa de SIDA (10). (Tabla Nº 1)

b. Usuarios a los que está dirigida la guía

Equipos de salud encargados del Programa VIH/SIDA Infantil :

- Médico encargado
- Médico tratante
- Enfermera
- Químico-farmacéutico.
- Asistente social
- Psicóloga
- Sub-especialistas.

1.3 Declaración de intención

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no aseguran un desenlace exitoso en cada paciente.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

2. OBJETIVOS

Este capítulo de la guía es una referencia para la atención de los niños y adolescentes con VIH/SIDA I considerados desde el nacimiento y hasta 17 años 11 meses 29 días, independiente de la vía de adquisición de la infección, excepto adolescentes embarazadas. En ese contexto, esta guía clínica tiene por objetivos colaborar en el manejo integral de menores de 18 años viviendo con VIH/SIDA en Chile, considerando las siguientes perspectivas:

- Reducir la mortalidad y morbilidad asociada al VIH.
- Restaurar y preservar la función inmune en forma duradera.
- Suprimir la replicación viral en forma máxima (en lo posible llegar a CV indetectables) y duradera.
- Minimizar la toxicidad relacionada a drogas.
- Mantener el crecimiento físico y el desarrollo neurocognitivo normal
- Mejorar la calidad de vida.

2.1. ANTECEDENTES

El tratamiento antiretroviral (TAR) de la infección por VIH con asociaciones de 3 ó más drogas ARVs suprime, en la mayoría de los casos, la replicación viral con lo que la CV puede llegar a hacerse indetectable, se detiene el deterioro del sistema inmunológico y se recupera cualitativa y cuantitativamente la respuesta inmune, observándose una significativa disminución de la morbilidad asociada, de la progresión de la enfermedad y la mortalidad por SIDA, siendo la TAR una intervención de gran costo–efectividad (13-20).

Desafortunadamente con los tratamientos ARVs no se logra erradicar el genoma viral de las células no activadas del sistema inmune que se establecen en tejidos reservorios, principalmente durante los estadios iniciales de la infección. Por la existencia de estos reservorios, estos virus establecen infecciones persistentes crónicas, donde cada día ocurre replicación viral, a pesar de la supresión sostenida de la viremia con la TAR. Cuando se suspende la TAR reaparece virus circulante que determina nuevo deterioro inmunológico y clínico (10, 21). Las terapias actuales deben, por tanto, considerarse de por vida. Además en muchas oportunidades es necesario efectuar cambios de esquemas terapéuticos por toxicidad de las drogas o aparición de resistencia viral, la cual puede ser caracterizada mediante estudios de genotipificación viral. En niños por las CVs muy altas que pueden alcanzar, especialmente en el primer año de vida, muchas veces no se logra CV indetectable aún con TAR altamente agresivas. Además de CVs más altas en esta etapa de la vida, la dificultad de alcanzar CVs indetectables se debe a otros factores como los de TAR previa en la madre, adherencia dependiente de terceros, presentaciones de ARV poco apropiadas para niños, menor opción de ARV que en adultos, farmacocinética variable, menor experiencia acumulada en niños y menor cantidad de estudios en Pediatría (22-29).

La progresión de la infección VIH en lactantes puede ser muy rápida. Sin TAR, un 15-20% suelen progresar a SIDA o a la / muerte por el año de edad (progresores rápidos) (9-10, 30-33). El mayor riesgo de muerte y progresión a enfermedad es si los niños no se detectan a tiempo y no se les hace un seguimiento con un estudio / evaluación y manejo preventivo y terapéutico adecuado (7, 20, 34-35). Con el diagnóstico temprano de rutina, utilizando las medidas instaladas en nuestro país, como también las profilaxis óptimas

actualmente disponibles, y chequeos frecuentes en centros especializados, la progresión o muerte pueden ser evitadas o reducidas en gran medida (7, 36-37).

Las enfermedades oportunistas son marcadoras del deterioro inmunológico. Las enfermedades que definen la etapa C habitualmente se presentan con recuentos CD4 bajos (menores de 200 células/mm³ en > 5-6 años de edad o los recuentos equivalentes a < de 15% en menores de 5-6 años), con excepción de la Tuberculosis (TBC) y algunos tumores (Sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodgkin, poco frecuentes en niños) que suelen presentarse con recuentos más altos. Ciertas enfermedades de la etapa B, como la neumonitis intersticial linfoides (NIL), enfermedad indicadora de SIDA sólo en niños, y otras como la candidiasis orofaríngea, el síndrome diarreico crónico, el síndrome febril prolongado y la baja de peso, que suelen asociarse a un deterioro inmune más importante que las demás enfermedades de la etapa B, deberán ser tomadas en cuenta al decidir el inicio de TAR en etapa B (13, 15, 17, 19-20, 32-33, 38-43 y 43a).

Los niños, especialmente los lactantes, tienen valores más altos de CD4 y de CV que los adultos (alcanzan los niveles del adulto a la edad de 5-6 años). Por el número muy alto y la alta variabilidad que presenta el recuento de CD4, especialmente en lactantes, y preescolares, cuando se quiere iniciar / cambiar TAR en ellos, es preferible guiarse en los de < 4 años de edad por el porcentaje de CD4, entre 4-5 años, idealmente, por el porcentaje y el recuento de CD4, y en los > 5 años, al igual que en adultos, por el recuento absoluto de CD4. Sin embargo, en lactantes, especialmente < 6 meses de edad, la progresión a SIDA puede ocurrir con valores normales de recuentos y % de CD4 y así a esta edad el porcentaje o número absoluto de CD4 es menos predictivo de mortalidad, pudiendo haber muerte incluso con valores > 25% ó 1500 cels / mm³.

En niños, los CD4 predicen mejor el riesgo a corto plazo de evolucionar a SIDA o muerte y cuando los recuentos y porcentajes de CD4 son utilizados apropiadamente según la edad, permiten tomar las decisiones adecuadas de TAR. La CV de VIH-ARN, en cambio, parece ser el predictor más fuerte para progresión a largo plazo, especialmente en los mayores de un año. Cuando se interpreta el riesgo de progresión de la enfermedad basado en el porcentaje o recuento de CD4 y en la CV de VIH ARN se debe considerar la edad (44-48). La probabilidad de corto plazo de progresar a SIDA es siempre > 10% para niños < 1 año de edad, aun con porcentajes muy altos de CD4. En niños, porcentajes bajo 15% indican inmunosupresión severa (etapa inmunológica 3) y alta posibilidad de progresión de la enfermedad. Los niños de 5 años y más tienen un menor riesgo de progresión que los niños más pequeños, con el aumento en el riesgo de SIDA o muerte ocurriendo en niveles de recuento absoluto de CD4 más similares a la de los adultos jóvenes. En el HIV Pediatric Prognostic Marker Collaborative Study no hubieron muertes en niños de ≥ 5 años con recuentos sobre 350 células/mm³, mientras que los niños más pequeños estuvieron en un significativo riesgo de muerte aún con un recuento sobre 500 células/mm³ (49-51).

Cuando se combinan, CV más altas y valores de CD4 más bajos, los niños tienen el mayor riesgo de progresión de la enfermedad. El recuento de CD4 y la CV son menos predictivos de progresión de enfermedad en lactantes pequeños.

2.2. RECOMENDACIONES

Las preguntas que esta guía pretende contestar son:

- ¿Cuándo iniciar TAR en niños?
- ¿Con qué esquema iniciar?
- ¿Cómo monitorizar la TAR?
- ¿Cuándo cambiar la TAR?
- ¿Qué hacer frente a fracaso a regímenes múltiples?
- ¿En qué situaciones realizar interrupción o suspensión definitiva de la TAR?

2.2.1.- Inicio de TAR

Criterios de Inclusión de Población Objetivo (Niños)

Niños y adolescentes < 18 años de edad que reúnan las siguientes condiciones:

- Infección por VIH confirmada por el Instituto de Salud Pública.
- Sin uso previo de ARVs.

Deben iniciar TAR:

- Todos los niños con infección VIH diagnosticada, de cualquier edad:
 - Con manifestaciones clínicas de enfermedad severa (etapa C) independiente de la carga viral y recuentos o porcentajes de, y/o
 - Con evidencias de deterioro inmunológico severo (etapa 3) independiente de clínica y/o CV.
 - Que presenten ciertas manifestaciones clínicas de enfermedad moderada (etapa B, Tabla N°2), y que tengan:
 - CD4 < 30%, < 25%, < 20% según edad, y
 - CV alta según edad.

(Tablas N°2- 3)

Se debe considerar iniciar TAR en:

- Todos los niños con infección VIH diagnosticada, de cualquier edad:
 - Que presenten ciertas manifestaciones clínicas de enfermedad leve (etapa A) o moderada (etapa B), y que tengan:
 - Evidencias de deterioro inmunológico moderado (etapa 2, ó < 30%, 25%, ó <20% según edad, Tabla N°3), y
 - CV alta (valor depende de edad, Tabla N°3).

En lactantes menores de 1 año se debe considerar la existencia de factores a tomar en cuenta para iniciar o considerar el inicio de TAR (Tabla N°5).

La decisión de inicio de TAR nunca debe basarse en una medición aislada de CD4 y/o CV y debe considerar el análisis integral del paciente en un Centro de Atención VIH y una pre-evaluación de la adherencia a la terapia.

Independiente de la edad, no existen dudas para indicar TAR cuando se cumplen los criterios clínicos de SIDA y/o hay inmunosupresión severa. En cambio continúan las controversias en niños asintomáticos o poco sintomáticos y no inmunocomprometidos o con inmunodepresión leve, especialmente si se trata de lactantes menores (inicio temprano, antes de los 3 meses, versus inicio diferido). En estos niños no existe absoluto consenso respecto de cuándo iniciar y con qué TAR iniciar para lograr éxito a largo plazo, dada la complejidad del régimen, la duración de la terapia y los problemas de adherencia. Todos los lactantes tienen un muy alto riesgo de progresión a la enfermedad independiente de su CV o recuento o porcentaje de CD4, pero este es un tratamiento para toda la vida con toxicidades potenciales y significativas y riesgo de desarrollar resistencia (52-56).

El manejo terapéutico de la infección por VIH en niños requiere de un fino balance entre iniciar TAR tarde, corriendo el riesgo de daño permanente de órganos (no sólo del sistema inmune) y aún muerte, pero que presenta menos problemas de adherencia y menos efectos colaterales, o iniciar tratamiento temprano que aunque podría prevenir la progresión de la enfermedad / muerte, presenta un mayor potencial de toxicidades significativas y de desarrollo de resistencia (56).

Esto es importante ya que la mayoría de los niños VIH (+) no presentan síntomas la mayor parte del tiempo (30-31, 38). Esto fue corroborado en una revisión de la política seguida en 10 centros europeos (en 3 se iniciaba TAR precoz, apenas diagnosticada la infección por VIH y en 7 TAR diferida para cuando se cumplían criterios clínicos, inmunológicos y virológicos). El seguimiento de 5 años de 84 niños, (73 tratados y 11 no tratados) reveló que los niños sin TAR estuvieron sin síntomas el 94% de estos 5 años mientras que los niños tratados estuvieron casi un tercio de este tiempo con síntomas leves o moderados. (15).

En la TAR temprana se estaría tratando una infección primaria. Las ventajas del inicio temprano serían retardar la destrucción del sistema inmune, preservando la función inmune, prevenir la progresión clínica disminuyendo el riesgo de daño permanente de órganos y sistemas, y de la función cognitiva, prevenir la muerte, prevenir el desarrollo de cepas virales heterogéneas o mutantes y potencialmente reducir el riesgo de resistencia a drogas.

Como desventajas están la toxicidad potencial, el riesgo de resistencia asociados con los tratamientos antiretrovirales actualmente disponibles y más escasos en niños que en adultos, altas tasas de fallas virológicas (parten con CV más altas que en adultos) y fallas de adherencia, especialmente en lactantes (53-60).

Las ventajas del inicio tardío son la reducción de la aparición de virus resistente a drogas debido a falta de presión de selección de drogas ejercida por el uso temprano de ARV. Además, como la TAR se inicia con CV más bajas aumenta la posibilidad de alcanzar CVs indetectables y por mayor tiempo, que si se inicia a menor edad. También se alcanza mayor adherencia cuando se es sintomático y se reduce o retardan los efectos adversos de los ARVs (54, 56). Un estudio en niños tratados después de los 3 meses mostró una adecuada y duradera respuesta específica a VIH-1 (61). Sólo a partir del año 2007 se presentaron estudios (CHER y otros) que avalarían el inicio precoz de la TAR en niños (62).

En niños es importante considerar la edad, pues los niños más pequeños están en mayor riesgo de progresión rápida de la enfermedad y en ellos los marcadores clínicos y de laboratorio son pobres indicadores del riesgo de progresión rápida (48, 59, 63). Durante el primer año de vida los niños VIH (+) pueden desarrollar enfermedad severa aún si el recuento de linfocitos CD4+ es > a 1500 células /mm³; en < 6 meses el porcentaje o número absoluto de CD4 es menos predictivo de mortalidad, pudiendo haber muerte incluso con valores > 25% ó 1500 células / mm³. El riesgo es de > 10% con cualquier CV para niños de 6 meses de edad y con CV de 1.000.000 de copias para niños de 1 año. En cambio, en los niños > 12 meses el riesgo de progresión es menor que para lactantes menores. Con CVs de ≥ 1 millón de copias /ml el riesgo de desarrollar SIDA es de 10% para niños de todas las edades. En niños >12 meses, el ARN-VIH plasmático puede proveer información acerca del riesgo de progresión como un adjunto a los parámetros clínicos / inmunes y puede asistir en hacer decisiones de ARV.

En la mayoría de las Guías de Tratamiento actuales, las recomendaciones consideran la edad del niño, el estado clínico, el recuento de CD4 y, algunas, la carga del ARN-VIH. Varían desde un tratamiento precoz (apenas se diagnostican) versus el tratamiento diferido (cuando se alcanzan criterios clínicos o disminución de CD4) (13, 36-37, 41-43 y 43a, 64-65).

- Todas las guías tratan la etapa clínica de SIDA (C) e inmunosupresión severa para la edad.
- Guías Americanas: se inclinan por el tratamiento precoz, según la edad trata o considera tratar a todos los niños apenas se identifica la infección VIH (+) (13).
- OMS, tratamiento diferido: tratar cuando las categorías N, A o B alcanzan ciertos criterios clínicos y/o inmunológicos (43).
- Guías PENTA (europeas): combinación de ambos aprontes, incluyendo CV (41-42).

Varias guías (incluidas las de Chile y excepto la.- CDC. Guidelines for the use on Antiretroviral Agents in Pediatric HIV infection), no inician precozmente la terapia altamente agresiva en los niños asintomáticos o poco sintomáticos y sin deterioro inmunológico (36-37, 41-43 y 43a, 66).

Si bien la progresión de la infección VIH, especialmente en lactantes, puede ser muy rápida, con las medidas actualmente disponibles en Chile:

- Un diagnóstico temprano de rutina, y chequeos frecuentes con seguimiento (estudio/evaluación y manejo preventivo con medidas profilácticas óptimas) en un centro especializado en VIH / SIDA Pediátrico ➔ reducen el riesgo de no detección del VIH en los casos de niños expuestos al VIH, o
- Un seguimiento con estudio /evaluación y manejo preventivo y terapéutico óptimo ➔ evitan o retardan la progresión rápida a enfermedad / muerte (progresores rápidos ~ 15%) en los casos VIH positivos.

En hijos de madre VIH (+) que recibieron ARV durante el embarazo (preventivos de TV y/o terapéuticos), solicitar prueba de genotipificación* en búsqueda de resistencia viral antes de iniciar TAR.

2.2.2.- ¿Con qué esquema iniciar?

La TAR con 3 drogas constituye, en la actualidad, el estándar de manejo para niños infectados por VIH que se encuentran en alto riesgo de progresión y/o muerte en base a indicadores clínicos, CD4 y CV. En la actualidad existen 25 ARV aprobados para su uso comercial en adultos, pertenecientes a 5 familias distintas (67). De estos 3 han sido discontinuado ya sea por mejoría de formulación (APV a f-APV) o poco uso (DLV, ddC). En el Sistema Público de Salud chileno están disponibles 22 ARV (Tabla Nº 9). Los ARV de uso aprobado son:

- 8 inhibidores de la transcriptasa reversa (INTR), habiéndose discontinuado ddC.
- 4 inhibidores de la transcriptasa reversa (INNTR), habiéndose discontinuado DLV.
- 10 inhibidores de la proteasa (IP), habiéndose discontinuado APV, y transitoriamente, NFV.
- 2 inhibidores de entrada (IE)
- 1 inhibidor de integrasa (II)

De los 25 ARV disponibles, están aprobados en niños sólo 16 y existen formulaciones pediátricas o tabletas de tamaño adecuado para niños sólo en 15 (13) (Tabla Nº 10)

La TAR de la fase Inicial en niños debe ser combinada, con al menos tres fármacos:

- La TAR de elección contempla:
 - 2 INTR más 1 INNTR (A, 1-2).
 - 2 INTR más 1 IP reforzado, es decir con la adición de Ritonavir (RTV) en dosis baja para aumentar los niveles plasmáticos (A, 1-2).
- Como TAR alternativa: 3 INTR (B, 1-2).

TAR de Elección:

No análogos:

- Nevirapina (NVP) en < 3 años y en ≥ 3 años como alternativa si no pueden tragar tabletas (A, 1) (68-72).
- Efavirenz (EFV) en ≥ 3 años (A, 1) (72-77).

Inhibidores de Proteasas:

- 1^a línea: Lopinavir / ritonavir (LPV / rtv) (A, 1) (78-82).
- Alternativas:
 - Fosamprenavir (f-APV) con bajas dosis de RTV en ≥ 6 años (A, 1) (83-85).
 - Atazanavir (ATV) con bajas dosis de RTV en ≥ 6 años (A, 1) (86-88).
- Uso en circunstancias especiales:
 - Fosamprenavir (f-APV) no reforzado con RTV en ≥ 2 años (A, 1) (83-85).

Esqueleto de ITRN:

- Las combinaciones preferidas como esqueleto de ITRN en niños son (13, 69, 75, 77-78, 89-92):
 - Zidovudina + lamivudina (o emtricitabina*) (A, 1-2).
 - Didanosina + lamivudina (o emtricitabina*) (A, 1-2).
 - Abacavir& + lamivudina (o emtricitabina*) (A, 1-2).
- Combinaciones alternativas como esqueleto de 2 ITRN son:
 - Zidovudina + didanosina (A, 1-2).
 - Abacavir + zidovudina (A, 1-2).
- Uso sólo en circunstancias especiales o muy especiales #:
 - Abacavir& + estavudina (A,1).
 - Estavudina + lamivudina (o emtricitabina*) (A,1).

TAR alternativa:

- TAR con 3 ITRN: zidovudina + lamivudina + abacavir (A,1) (93-96).

* No disponible en Chile.

P.ej. existencia ya de cepas altamente resistentes.

& Previo al inicio de terapia con abacavir (ABC), se debiera considerar efectuar la prueba genética de HLA B*5701; el ABC no debiera ser dado a niños que resulten positivo para HLA B*5701 (97).

Esquemas recomendados sólo en adolescentes naïve (sin tratamiento previo), que pueden tomar dosis de adultos (86-87, 98-103):

- 2 ITRN + 1 IP/rtv (A, 1-2).
- ITRN: lamivudina + tenofovir (TDF en adolescentes post-puberes o adolescentes etapa 4 de Tanner) (103).
- IP:
 - Indinavir / rtv (99-100), o
 - fAPV / rtv (83-85), o
 - SQV/rtv en adolescentes post-puberales (A,1) (101-102), o
 - ATV / rtv(13 años y > 39 kg si usado con tenofovir (TDF) (103), o
 - ATV no reforzado con RTV (pacientes naïve) en adolescentes (13 años y > 39 kg que son incapaces de tolerar RTV (86-87).

ATV podría ser una indicación de primera línea en adolescentes, especialmente mujeres.

ARVs NO recomendados en TAR inicial en niños (I):

- Tenofovir (TDF) en niños etapas de Tanner 1-3 (no existen formulaciones pediátricas, faltan datos de dosificación en niños y existe temor acerca de la toxicidad ósea) (104-105).
- Inhibidores de Proteasas con bajas dosis de RTV, con excepción de LPV/rtv en niños de cualquier edad, f-APV/rtv y ATV /rtv en niños > 6 años, y ATV, IDV o SQV con RTV en adolescentes que pueden recibir dosis de adultos.
- ATV no reforzado con RTV en niños < 13 años de edad y/o < 39 kg.

- SQV no reforzado por baja biodisponibilidad oral y menor actividad virológica que otros IP.
- TAR con 2 IP.
- Esquemas con uso de ARVs de las 3 principales clases (ITRN-ITRNN-IP).
- Uso de los ARVs más nuevos: Enfuvirtida (T-20), Tipranavir, Darunavir, Maraviroc, Raltegravir, Etravirina, en la mayoría de ellos por falta de formulaciones pediátricas y de datos de farmacocinética, dosis adecuadas para niños, eficacia o seguridad en niños, y por escasez de estudios clínicos en pacientes naïve.

ARVs NO recomendados en TAR inicial en adolescentes (I):

- EFV para adolescentes sexualmente activas en primer trimestre del embarazo (potencial teratogenicidad).
- NVP para mujeres adolescentes con recuento de células CD4 > 250/mm u hombres adolescentes con recuento de células CD4 > 400/mm 3 (en este grupo de pacientes hay aumento de la incidencia de eventos hepáticos sintomáticos, serios e incluso fatales).

No se recomiendan en ningún momento de la TAR (I):

- Monoterapia (excepto profilaxis de TV del VIH con ZDV en RN), por menor actividad anti-VIH y rápido desarrollo de resistencia.
- Biterapia con sólo 2 ITRN, por menor actividad anti-VIH y rápido desarrollo de resistencia.
- Ciertos regímenes de triple ITRN, por ser de menor potencia con alta tasa de fallas virológicas (108-111):
 - Abacavir + Didanosina + Lamivudina .
 - Tenofovir + Didanosina + Lamivudina (o emtricitabina) .
 - Tenofovir +Abacavir + Lamivudina (o emtricitabina).
- Ciertas combinaciones de 2 ITRN como esqueleto del régimen de una TAR altamente activa, como ser esquemas que contengan:
 - Zidovudina + estavudina debido a antagonismo virológico.
 - Lamivudina + emtricitabina* por su patrón similar de resistencia y sin efecto aditivo.
 - Tenofovir + Didanosina porque TDF aumenta las concentraciones de ddl (si se dan juntos hay que disminuir las dosis de ddl).
 - Estavudina + didanosina que aumenta riesgo de pancreatitis y neuropatía periférica por suma de toxicidades (106-107). En mujeres embarazadas puede producir casos serios, y aún fatales, de acidosis láctica con esteatosis hepática con o sin pancreatitis.
- Combinaciones de 2 ITRN + con ciertos IPs o combinaciones de IPs:
- SQV no reforzado con RTV por su pobre bio-disponibilidad oral y menor actividad virológica en comparación a otros IP.
- Combinaciones de IP que no deben ser usados en TAR: Amprenavir (APV) solución oral + RTV solución oral (por PEG de amprenavir y etanol de RTV).
- APV + f-APV (son la misma droga, pueden aumentar efectos tóxicos).
- ATV + IDV en adolescentes que pueden recibir dosis de adultos (efecto aditivo de hiperbilirrubinemia).

Factores que deben ser tomados en consideración para la elección de las drogas antes de iniciar (o cambiar) una TAR en niños (13, 22-29, 32-33, 36-38, 41-43 y 43a, 46, 48, 63, 66, 112-122-127).

- Edad del paciente.
- Severidad de la infección VIH y riesgo de progresión (etapificación clínica e inmunológica y CV).
- Historia de TAR o uso de Protocolos de prevención de la TV del VIH en la madre (si la tuvo).
- Resultados de genotipificación en el niño
- Co-morbilidades existentes (ej. TBC, hepatitis B o C, enfermedad crónica renal o hepática, otras) que pudieran afectar la elección de las drogas.
- Disponibilidad de ARV aprobados para su uso en niños y su potencia.
- Disponibilidad de formulaciones pediátricas.
- Palatabilidad adecuada.
- Requerimientos o interferencia con alimentación o ayuno.
- Conocimiento de la farmacocinesis y vida media del(os) fármaco(s).
- Dosis requerida y frecuencia; recordar cambio de dosis con cambio de peso.
- Riesgo de tratar con dosis sub-terapéuticas.
- Penetración a SNC.
- Riesgo de toxicidad aguda y/o toxicidad a largo plazo.
- Interacción de drogas, conocer que otras drogas está tomando.
- Efecto de la TAR inicial en opciones de terapias futuras.
- Situación social familiar (administración de terapia).
- Situación escolar del niño (cuidado y administración de terapia).
- **Impacto en la adherencia (disponibilidad del cuidador y del mismo paciente de cumplir con la TAR).**

Con el mayor uso de ARV en adultos también aumenta la presión selectiva sobre la población viral que es transmitida al niño durante la exposición vertical, especialmente debido a fallas de adherencia. Este factor es determinante en el éxito de las terapias de inicio en los niños y en la elección de futuros tratamientos. Por ello, actualmente se debe considerar la genotipificación de las cepas virales del niño antes de iniciar la TAR, debido al mayor número de embarazadas que hoy reciben ARV y de mayor complejidad (112-115).

2.2.3.- Monitorización de la TAR (Tabla N°6).

Para el éxito de la TAR es esencial discutir estrategias de adherencia antes de iniciarla (23-28). Debe ser monitorizada con controles clínicos, inmunológicos y virológicos periódicos para evaluar eficacia y eventual toxicidad (7, 11-12, 17, 20, 32-33, 36-39, 45-52, 68, 73, 77, 79, 81-84, 87, 99-100, 105, 107-111, 116-124, 128-132).

El seguimiento frente a regímenes nuevos debe realizarse con controles clínicos a las 2, 4 y 8 semanas del inicio, para revisar la administración de los medicamentos y la adherencia (23-28, 52, 116); se debe evaluar la tolerancia, posibles efectos colaterales con detección oportuna de eventuales reacciones adversas a uno o más

de los ARV (117-122), ocurrencia de nuevas enfermedades oportunistas por progresión de la enfermedad (133-135) o por reconstitución inmune (136-137).

También se deben realizar controles de laboratorio a las 4 semanas para evaluar la respuesta inmunológica y virológica (CD4 y CV) y detectar posible toxicidad con hemograma, VHS, exámenes de orina, función renal, proteinemia, glicemia, perfil hepático, perfil lipídico y otros según necesidad (dependiendo de los ARV en uso) (7, 13, 17, 20, 37-43 y 43a-48, 138).

La frecuencia de los controles posteriores dependerá de la respuesta a la TAR y de la existencia de reacciones adversas o co-morbilidades (32, 38, 117-122, 133-134) o aparición de manifestaciones de síndrome de reconstitución inmune (136-137, 139-142). En pacientes estables programar visitas al menos cada 1 a 2 meses (más frecuente si necesario) para monitorear adherencia, toxicidad, eficacia (22-28).

Recordar de reforzar la adherencia a la terapia en cada visita.

El control de laboratorio debe hacerse al menos cada 3-4 meses (CD4, CV, otros exámenes para detectar toxicidad). Se deben considerar monitoreos más frecuentes de CD4 y CV dependiendo de la edad (ej. < 6-12 meses de edad), en niños con sospecha de deterioro clínico, inmunológico y/o virológico, para confirmar valores anormales o cuando se cambia terapia (14, 16-18, 22, 36-37, 39-43 y 43a, 47-48, 131).

Considerar monitoreos más frecuentes de CD4 y CV en. < 6-12 meses de edad), en niños con sospecha de deterioro clínico, inmunológico y/o virológico, para confirmar valores anormales, o cuando se cambia terapia.

Criterios para medir el éxito de la TAR (13, 36-37, 42-43 y 43a, 66).

- La carga viral: idealmente debe llegar a niveles indetectables, pero en niños más frecuente de lograr es una reducción $\geq 1 \log^{10}$ de la carga después de 4-6 meses de tratamiento.
- El recuento de CD4 debe lograr un aumento del 5% en los que están en categoría inmunológica 3, o mantener y/o lograr cualquier nivel de aumento en los en categorías 1 o 2.
- En el aspecto clínico debe mejorar el peso, el crecimiento, el desarrollo neuropsíquico y el control de las complicaciones de la infección VIH.
- Debe mejorar la calidad de vida, como medición a largo plazo.

2.2.4.- Cambio de TAR

Los cambios de TAR se realizarán por fracaso, toxicidad severa o dificultades en la adherencia y según el caso motivarán el cambio de una droga (toxicidad, intolerancia) o del esquema completo (fracaso).

2.2.4.A.- Causas de cambios de TAR

- Intolerancia y/o Toxicidad (reacción adversa significativa a una o más drogas antirretrovirales, (Tabla N°4) (68-71,73-74, 76-77, 81-85, 87, 97, 100, 107-108, 117-124).
- Falla de tratamiento por deterioro clínico (falla clínica) y/o deterioro inmunológico (falla inmunológica) y/o deterioro virológico (falla virológica) (12-13, 36-37, 41-43 y 43a, 45-48, 66).
- Interferencia significativa de la TAR con la adherencia y/o la calidad de vida (125-127).
- Aparición de terapias más efectivas o más simples (13, 127).

2.2.4. A.1.- Cambios por toxicidad a ARVs

La conducta a seguir en caso de toxicidad, depende del grado del efecto tóxico y/o de la causa. De acuerdo a la magnitud del problema se debe considerar:

Grados de Toxicidad.

- **Leve:** tratar sintomáticamente (ej. antihistamínicos en alergias); no requieren discontinuación de la droga o cambio en la terapia de drogas.
- **Moderada:** tratamiento sintomático y continuar TAR, si es posible, hasta identificar y sustituir el agente ARV ofensor por otro adecuado. Algunas toxicidades moderadas pueden requerir la sustitución de la droga ARV asociada con la toxicidad por una droga de la misma clase de drogas, pero con un diferente perfil de toxicidad, pero no requiere de la discontinuación de toda la terapia.
- **Severa** o persistente o que pone en peligro la vida, grado 3 o 4 (Tabla N°4). Si la terapia necesita ser suspendida debido a un efecto colateral severo o que pone en riesgo la vida, todas las drogas debieran ser suprimidas e, idealmente, todas las drogas debieran ser reasumidas simultáneamente. Una vez estabilizado y resuelto el efecto tóxico, sustituir exclusivamente la droga responsable lo más inmediatamente posible y se debiera elegir un agente con un perfil de toxicidad y efectos colaterales diferentes. En pacientes con supresión virológica y en un régimen de multidrogas, cambiar un solo ARV es posible, si existe disponibilidad de un sustituto efectivo. En casos de toxicidad hematológica severa se recomienda el cambio de ZDV por ABC con 3TC, mientras que en caso de toxicidad de EFV se recomienda el cambio por NVP si la toxicidad es sobre SNC y por un IP si la razón del cambio es alergia cutánea (143). Si la toxicidad es por

exceso de droga (según monitoreo de droga) se deben reducir las dosis (144).

Dejar constancia de la toxicidad y del medicamento responsable por su importancia en la elección de futuras drogas ARV que necesite el paciente.

2.2.4.A.2.- Cambios de TAR por Falla de Tratamiento

La **falla de tratamiento** es definida como una respuesta sub-óptima o una falta de respuesta sostenida a la terapia. Puede ser una respuesta inadecuada clínica y/o inmunológica y/o virológica a la TAR (13, 36-37, 41-43 y 43a, 45-48, 66).

En los niños las fallas de tratamiento, aún con TAR altamente agresivas, pueden deberse a la aparición rápida de resistencia a las drogas en uso por diversos motivos: cursan con CVs más altas que la de los adultos, no pudiendo siempre lograr la meta de la indetectabilidad (supresión viral incompleta), la farmacocinética y farmacodinamia de las drogas difiere a la de los adultos, las dosis deben irse adecuando a los cambios de peso, la frecuencia de la alimentación puede interferir con algunas drogas, y hay mayores problemas de adherencia / cumplimiento de la terapia (dependencia de otros, asistencia a colegio, etc.); incluso en la transmisión vertical (TV) ya pueden venir infectados con cepas resistentes (10, 22-29, 45, 49, 52, 63, 68, 81, 86, 102-103, 106, 112-116, 124-125, 145-147).

Se puede alcanzar niveles subóptimos de droga debido a factores farmacocinéticos propios de los niños o por interferencia de medicamentos (recordar que los niños reciben con frecuencia medicamentos que pudieran interferir con algunos ARV) o por dosis insuficiente por cambios de peso. En niños el problema de la farmacocinética de los ARV, es más importante que en adultos como causa de fracaso de TAR.

Causas de Falla de tratamiento:

- Falta de adherencia o adherencia incompleta.
- Características basales (CD4, CV, resistencia a ARV).
- Toxicidad a drogas o efectos colaterales que hacen que no se tomen todos los ARV indicados.
- Niveles subóptimos de droga.
- Potencia subóptimas de los ARV.
- *Aparición de resistencia como consecuencia de todo lo anterior.*

De estas, las principales causas de fracaso de la TAR en niños son la aparición de resistencia viral a una o más de las drogas en uso y la falta de adherencia a la TAR, ambas frecuentemente relacionadas.

En caso de fracaso se debe evaluar exhaustivamente la adherencia a la TAR (22-29) y efectuar un estudio de resistencia viral (genotipificación) para diseñar el nuevo esquema de tratamiento con 3 ARV para los cuales no haya resistencia, en la medida de lo posible, y en base a las mejores opciones de adherencia (148-150).

Recordar discutir estrategias de adherencia cuando se cambie un régimen.

Antes de cambiar TAR solicitar prueba de Genotipificación en búsqueda de Resistencia Viral. Se debe efectuar el test de resistencia a drogas mientras el niño aún está recibiendo el régimen que está fallando o dentro de las primeras 4 semanas de la discontinuación del régimen.

2.2.4.A.2.a- Falla Viroológica.

Se define como una respuesta viral incompleta a la TAR o como un rebote viral durante la terapia después de haber logrado supresión viral.

Respuesta viral incompleta (13):

- En cualquier niño (**sin tratamiento previo o experimentado**) cuando a las 8-12 semanas de terapia la disminución en la CV es de <1 log₁₀ desde la línea basal, o cuando se detecta >400 copias/mL de ARN-VIH después de 6 meses de terapia, o cuando se detecta ARN-VIH en forma repetida sobre el nivel de detección después de 12 meses de terapia. Niños con altos niveles iniciales de ARN-VIH, especialmente lactantes, pueden demorar más en lograr CV indetectables.

Rebote viral:

- Cuando en niños que previamente, en respuesta a la TAR, habían suprimido la replicación viral a nivel indetectable, se detecta en forma repetida ARN VIH en el plasma usando ensayos de PCR ultrasensibles. Episodios infrecuentes de viremias bajas, de < 1 000 copias/mL son comunes y generalmente no representan falla virológica, mientras que viremias persistentes o repetidas, especialmente de > 1 000 copias/mL sí representarían rebote viral, pero si los aumentos son de < 5000 copias/

ml, hacer monitoreos más frecuentes de CV antes de decidir cambios, especialmente si las opciones terapéuticas son limitadas. La viremia persistente o en aumento sugiere desarrollo de mutaciones de resistencia y/o falta de adherencia.

En pacientes con fracaso virológico confirmado se debe solicitar estudio de genotipificación. La TAR en fracaso se debe mantener mientras se realiza el estudio de genotipificación y hasta el cambio de esquema, considerando la menor capacidad replicativa del virus mutante y los riesgos de la suspensión de TAR. Las mutaciones de resistencia que se han detectado al ser analizadas por un panel de expertos permitirán diseñar el nuevo esquema para el paciente

2.2.4.A.2.b- Falla inmunológica.

Corresponde cuando hay una respuesta inmunológica incompleta a la terapia o una declinación inmunológica intra-terapia (13, 36-37, 42-43, 66, 132, 137, 151-153). Se debe recordar la disminución en el recuento de células CD4 que se produce con el aumento de edad, aproximándose a los valores del adulto a la edad de 5 años. Por ello en < 5 años es mejor aplicar los porcentajes y en ≥ 5 años se pueden aplicar ambos.

Se considera:

Respuesta inmunológica incompleta: Cuando el aumento de CD4 es menor de lo esperado para la edad dentro del primer año de TAR:

- Niños de cualquier edad: aumento de <5 puntos en el porcentaje CD4 basal, pero aplicable especialmente en < de 5 años. P.ej. en niños con inmunosupresión severa (<15% CD4) que no logran mejorar en ≥ 5 puntos.
- Edad ≥ 5 años: aumentos menores de 50 células/mm³ sobre la línea basal en el recuento de CD4 basal. P.ej. en niños con inmunosupresión severa (CD4 de < 200 cels/mm³) falla en aumentar ≥ 50 cels/mm³ sobre la línea basal dentro del primer año de terapia.

Declinación inmunológica: Cuando hay disminución en el porcentaje o en el recuento de CD4:

- Declinación sostenida de 5 puntos del porcentaje de linfocitos CD4 desde la basal preterapia en niños de cualquier edad. P.ej. disminución del porcentaje de 25% a 20%.
- Declinación del recuento de células CD4 a cifras igual o por debajo de la línea basal pre- terapia en niños que tenían

≥5 años en el momento basal. P.ej. disminución de 200 cels/mm³ a 140 céls/mm³.

La declinación inmunológica significa una mayor inmunosupresión e incluso puede significar un cambio de categoría.

En casos con viremia suprimida, el deterioro inmunológico puede no representar una falla de la TAR, sino deberse a otras posibles causas que puedan disminuir el recuento de células CD4 (ej. toxicidad de drogas, coinfecciones, tumores). No amerita un cambio en la terapia.

2.2.4.A.2.c.- Falla Clínica.

Se debe considerar que hay **falla clínica** cuando un paciente que ha estado al menos 6 meses en TAR, con adecuada respuesta virológica e inmunológica, presenta en la evaluación clínica:

- Falla en el desarrollo pondo-estatural (declinación persistente en la velocidad de peso-talla a pesar de aporte nutricional adecuado y sin otra explicación).
- Falla del neuro-desarrollo / compromiso del SNC (deterioro progresivo del neuro-desarrollo con 2 ó más de los siguientes hallazgos, en evaluaciones repetidas:
 - daño en el crecimiento cerebral, declinación de la función cognitiva documentada por pruebas psicométricas, o disfunción motora clínica).
- Infecciones o enfermedades severas o recurrentes (recurrencia o persistencia de condiciones definitorias de SIDA u otras infecciones serias) que incluso pueden llevar a cambio de la categoría clínica según la clasificación del CDC 1994 (13, 36-37, 41-43, 66).

Recordar que síntomas clínicos dentro de los primeros 3 meses después de iniciar una TAR efectiva, pueden corresponder a persistencia de la disfunción inmune a pesar de una buena respuesta virológica o pueden representar un Síndrome de Reconstitución Inmune (SRI) (136-137, 139-142).

El Síndrome de Reconstitución Inmunitaria (SRI) se caracteriza por el empeoramiento de los síntomas de inflamación o infección asociado temporalmente con el inicio de la TAR y no son explicados por infecciones o enfermedades nuevamente adquiridas o el curso habitual de

enfermedades previas. A menudo representa una respuesta de la mejoría del sistema inmune a patógenos adquiridos previamente. Los clínicos debieran considerar la posibilidad SRI antes de cambiar terapia en un niño con una buena respuesta virológica e inmunológica a la TAR.

Discordancia entre respuesta viral, inmune y clínica: En general, una combinación de ARV efectiva que resulta en supresión virológica lleva también a restauración o preservación inmune y a prevención de aparición de una enfermedad relacionada al VIH, nueva o recurrente. Sin embargo, a veces se presentan pacientes en que existe discordancia en la respuesta a la TAR y esto puede ocurrir en cualquiera de los tres campos en relación a los otros 2 (ej. falla virológica, con una buena respuesta clínica e inmunológica, o falla inmunológica con una buena respuesta virológica y clínica). En estos casos hay que considerar otras posibles causas de respuestas discordantes antes de concluir que hay realmente una falla de la TAR.

- **Adeuada respuestas clínica e inmunológica a pesar de respuestas virológicas incompletas:** Algunos pacientes en TAR combinada pueden mantener un beneficio clínico e inmunológico a pesar de replicación viral detectable por hasta 3 años (154). En estos pacientes que tienen una mejoría persistente en sus CD4 a pesar de la viremia detectable, se puede considerar continuar la TAR mientras se mantenga el beneficio inmunológico. Sin embargo, con el tiempo hay desarrollo de mutaciones de resistencia y por ello los niños que se mantienen en un régimen parcialmente supresivo deben tener test de resistencia más seguidos ante cualquier cambio clínico, inmunológico o virológico que pudiera ameritar un cambio de régimen ARV. Si hay disponibilidad de drogas alternativas apropiadas, es preferible cambiar la terapia antes que se desarrolle mayor resistencia o resistencia cruzada.
- **Pobre respuesta inmunológica a pesar de supresión virológica, independiente de la respuesta clínica (adecuada o pobre).** Primero hay que excluir y/o descartar otras causas* # . Puede corresponder, en pacientes que iniciaron la TAR con valores muy bajos de CD4, al desfase que se produce entre la supresión virológica (que se logra primero) y la recuperación inmune y clínica (que tardan mucho más en lograrse).

* Hay que excluir: 1) errores de laboratorio, 2) baja de CD4 producto del aumento de la edad, 3) CV falsamente baja o negativa porque método usado en medición de la CV no detecta el grupo y/o subtipo de VIH del paciente.

Hay que descartar otras causas de bajas de CD4 (p.ej. efecto adverso de algún ARV como ser ZDV o mezcla de ARVs como ser TDF + ddI, efecto adverso de algún otro medicamento que el paciente esté usando, condiciones médicas como tumores, TBC, malnutrición, etc.).

- **Pobre respuesta clínica a pesar de respuestas virológicas e inmunológicas adecuadas:** Decidir cambio de TAR sólo si se está seguro[¥] que se trata de una nueva infección oportunista ocurriendo ≥ 6 meses de cambiada la TAR (ej. candidiasis esofágica).

[¥] No todos los casos corresponden a falla de tratamiento: La aparición de infecciones u otras condiciones dentro de los primeros meses de TAR puede corresponder a 1) infecciones u otras condiciones no reconocidas previamente, 2) infecciones oportunistas nuevas o recurrentes que se manifiestan por el SRI. 3) Otra posibilidad es que persista el gran daño que se produjo en ciertos órganos (pulmones, cerebro y otros) durante el período de mayor depresión inmune y ello favorezca infecciones recurrentes o manifestaciones de los órganos dañados (ej. bronquiectasias, convulsiones, etc.). Todas estas condiciones generalmente no requieren de discontinuación de la TAR.

2.2.4.B.- Evaluación de la falla de la TAR

La evaluación de los pacientes con falla de tratamiento debe incluir:

- Edad, ya que es muy probable que en adolescentes los cambios en el desarrollo y metabolismo, y sus características conductuales se traduzcan en el cumplimiento con la TAR en uso y afecten la decisión en los nuevos ARV a elegir.
- Evaluación de la adherencia a terapia, antecedentes de intolerancia / toxicidades a drogas, y aspectos de farmacocinética, y probabilidad de adherir al nuevo régimen.
- Historia de TARs previas (exposición limitada, intermedia o extensa) y resultados de pruebas de resistencias (genotipificaciones anteriores y actuales) (112-115, 148- 150, 155).
- Niveles actuales de CV y de porcentajes o recuentos de células CD4 y sus cambios en el tiempo.
- Historia y examen físico para evaluar el estado clínico.
- Disponibilidad de futuras opciones de TAR si no se logra supresión duradera.

2.2.4.C.- Manejo subsecuente de la falla de tratamiento

Como la mejoría inmunológica se relaciona directamente con la supresión virológica, la urgencia de lograr re-establecer la supresión virológica depende del estado clínico e inmunológico del niño y de su reserva. La evaluación del nivel de reconstitución inmune lograda con la terapia y la necesidad de cambios de terapia debe tomar en cuenta el nivel de compromiso inmune del niño en el momento del inicio o del cambio de tratamiento. Para pacientes con recuentos de células CD4 muy bajos (por ej. < de 5% o su equivalente en recuento de CD4, según edad), un cambio en la terapia puede ser crítica y

está indicada para prevenir posterior declinación. Un paciente con un recuento de células CD4 más alto puede no estar en un riesgo significativo de progresión clínica en el futuro cercano, de tal manera que es menos urgente un cambio inmediato en la terapia. Según datos de algunos estudios en niños, bajos porcentajes (ej. < 15%) o bajos recuentos de CD4 basales pueden asociarse con una respuesta inmune menos completa y más lenta a la terapia que aquellos que la inician con porcentajes o recuentos más altos (ej. porcentaje $\geq 15\%$) (151). La probabilidad de lograr y mantener la supresión viral depende, también, y en forma importante, de si el uso de TARs previas han sido limitadas (1 o 2 regímenes previos), intermedias o extensas, y de la resistencia a drogas y de la esperanza de adherencia continua al nuevo régimen por el niño y cuidador.

2.2.4.C.1-Cambio de TAR.

2.2.4.C.1.a- Objetivos de la nueva TAR:

- El objetivo ideal de una nueva TAR es lograr y mantener el máximo de supresión viral (CV bajo los límites de la indetectabilidad) en forma duradera.
- Cuando no es posible lograr la supresión viral (resistencia extensa a ARV) en forma máxima y duradera, el objetivo es preservar o restaurar la función inmune, mejorar la condición clínica o prevenir la progresión clínica (ej. mantener condición clínica si es asintomático) y preservar futuras opciones de ARV.

No todos los casos de falla de tratamiento requieren de un cambio inmediato de la terapia: **antes del cambio se debe evaluar bien cual o cuales son las causas, especialmente si es por falta de adherencia, y así sólo después de una cuidadosa evaluación decidir cual es la mejor estrategia a seguir.**

2.2.4.C.1.b- Criterios para elegir el nuevo régimen:

El nuevo régimen debe contemplar al menos 2 nuevos ARV completamente activos y se debe seleccionar basándose en:

- Historia de tratamientos y pruebas de resistencia a ARV.
- Tolerancia de los ARVs .
- Adherencia al futuro régimen.
- Futuras opciones de TAR.
- Historia de medicamentos que esté recibiendo

2.2.4.C.2- Recomendaciones para Cambio de TAR (Tabla N°7) (156-164).

Cuando la terapia inicial de un niño consiste en:

- Un régimen inicial basado en ITRNN, se recomienda un cambio a un régimen basado en IPs.
- Un régimen inicial basado en IPs, se recomienda un régimen basado en ITRNN o en un IP alternativo (según test de resistencia) reforzado con bajas dosis de RTV. En el caso de un nuevo régimen basado en un ITRNN es particularmente importante la elección del nuevo esqueleto dual de componentes ITRNs ya que en los esquemas con ITRNNs puede desarrollarse rápidamente resistencia a los ITRNNs si los ITRNs elegidos no son suficientemente potentes como para lograr supresión viral (el virus no es suficientemente sensible). El test de resistencia es esencial en tales casos para poder seleccionar una combinación de ITRN a la que el virus sea susceptible. En los casos en que los test de resistencia indican que no hay una combinación dual de ITRN a la cual el virus sea susceptible, puede estar indicado el uso de un régimen con ARV de 3 clases distintas (ITRN (según test de resistencia) + ITRNN + IP alternativo (según test de resistencia) / bajas dosis de RTV).
- Un régimen inicial basado en 3 ITRN, recomendado sólo en circunstancias muy especiales, se recomienda un régimen basado en 2 ITRNs (según test de resistencia) + ITRNN o IP, o bien un régimen basado en ITRNs (según test de resistencia) + ITRNN +IP.
- Un régimen inicial que contenía drogas de las 3 clases mayores (ITRN, ITRNN e IP), recomendado sólo en circunstancias muy especiales, o si el paciente tiene una resistencia pre-existente sustancial, es probable que el actual perfil de resistencia se asemeje al de un paciente que ha tenido múltiples fallas de regímenes ARVs. En esa situación son aplicables las recomendaciones de la siguiente sección.

Las demás asociaciones de ARV son alternativas e incluyen otras combinaciones de ITRNs con otros IP, combinaciones de 1 ITRN con 1 ITRNN y 1 IP y combinaciones de 3 ITRN.

2.2.4.C.3.- Recomendaciones para Cambio de TAR en niños con fracaso a regímenes múltiples (tablas N°7 y 8).

Los esquemas de TAR para pacientes con fracaso de TAR previas se consideran de tercera línea y en su construcción debe intentarse siempre una combinación de drogas de alta potencia. Justamente la clave del éxito de la nueva TAR está en la inclusión de agentes ARVs activos y se debe usar al menos 2 medicamentos completamente activos.

Se debe seleccionar el nuevo régimen en base a la historia de tratamientos y en base a las pruebas de resistencia. Las posibles combinaciones son múltiples e incluyen en nuestro medio los diferentes ARV de las familias de los ITRN, los ITRNN y los IP potenciados con RTV. Los regímenes basados en Lopinavir / rtv han mostrado una

actividad duradera en niños TAR-experimentados, incluyendo niños con terapias previas con IP (158-160). Sin embargo, en niños muy experimentados y/o muy multiresistente, no es infrecuente que la nueva TAR tuviera que contemplar algunos ARV recientemente aprobados en niños (enfuvirtida, atazanavir, fos-amprenavir, y últimamente darunavir) (84-88, 165-166) o poco usados en niños por no estar aprobados aún en ellos (105, 122, 167-174). Si bien no existen actualmente suficientes estudios en niños de Tenofovir, Saquinavir, y otros ARV más nuevos como Etravirina, Raltegravir, y otros, en casos de multiresistencia a las drogas usuales pueden y se han usado en niños (ej. en terapias compasivas) con excelentes resultados y sin mayores efectos adversos. Para DRV y ETV existen varios estudios con presentaciones pediátricas (83-84, 127-128, 167, 170-175) (101-102, 105, 122, 164, 167-174). El enfuvirtida (T-20), inhibidor de Fusión, está aprobado en niños desde los 6 años de edad (5-166). Darunavir fue recientemente aprobado (Diciembre 19, 2008) por la FDA en su formulación de tabletas de 75 mg para ser usado en niños, reforzado con ritonavir, a partir de los 6 años de edad. Las drogas nuevas debieran usarse en combinación con otros agentes activos, al menos uno, e idealmente dos. Maraviroc (inhibidor CCR5) y raltegravir (inhibidor de integrasa) están aprobados para uso en adolescentes de 16 años o más y pudieran considerarse para el manejo de adolescentes mayores con falla a múltiples drogas (174). Datos limitados en adultos sugieren que la continuación de lamivudina puede contribuir a la supresión de la replicación viral a pesar de la presencia de mutaciones de resistencia a la lamivudina (175).

Si en un determinado momento no existen los ARVs para armar una TAR adecuada para lograr los objetivos planteados y existe la posibilidad futura de conseguirlos, es mejor no suspender la TAR con que está el paciente mientras se está en espera de los nuevos ARVs más efectivos.

Como el ideal es el cambio de al menos 2 ARV completamente activos, los objetivos del cambio de TAR serán diferentes dependiendo de la opción de ARV que tengamos.

En resumen:

- Si existe opción a ≥ 2 ARV activos, el objetivo es lograr re-establecer la máxima supresión viral.
- Si existe opción a < 2 ARV activos: evaluar la real necesidad de cambio de terapia (según clínica).

2.2.5.- Interrupción o suspensión definitiva de la TAR.

En general no se debe intentar interrupciones de tratamiento estructuradas, planeadas, ya que si bien existen estudios de este tipo en adultos, hasta el momento los datos existentes en lactantes, niños y adolescentes son mínimos. La discontinuación o interrupción planeada de terapia ha sido planteada con el fin de reducir la toxicidad, los costos, y la falla relacionada a las drogas ARVs. En niños, sin embargo, a veces es necesaria la interrupción o discontinuación de la TAR en eventos no planeados (p. ej. enfermedad aguda, toxicidad grave) o en eventos planeados (ej. cirugías electivas que no permiten la ingesta oral, o a petición del paciente o sus padres).

Frente a interrupciones planeadas de corto tiempo, todos los ARVs deben ser discontinuados al mismo tiempo y, apenas sea posible, debiera permitirse continuar la TAR regular. Si la interrupción va a ser prolongada o frente a toxicidades severas, entonces debiera suspenderse toda la terapia. Esto no es problemático si los medicamentos tienen vidas medias similares, pero sí puede serlo cuando la TAR contempla agentes con una vida media más larga como son NVP y EFV. En este caso, algunos expertos recomiendan suspender los ITRNN primero y continuar las otras drogas antiretrovirales (por ej. esqueleto de ITRN o IP) por un período de tiempo (¿1 a 3 semanas?). Otra alternativa es reemplazar el ITRNN por un IP por hasta 4 semanas previos a la interrupción de todas las drogas.

En el caso de toxicidad de la TAR que pone en peligro la vida, todas las drogas debieran suspenderse inmediatamente independiente de su vida media.

Causas suspensión definitiva de TAR en Niños con VIH:

- Toxicidad acumulativa.
- Dificultad en cumplimiento del tratamiento.
- Pérdida de eficacia de regímenes disponibles.
- Pobre calidad de vida.
- Decisión del paciente, de sus padres o tutores legales.

Tabla N°1. Clasificación CDC 1994 Para Menores De 13 Años

	N: Asintomático	A: Síntomas leves	B: Síntomas moderados	C: Síntomas severos
1: Sin supresión inmune	N1	A1	B1	C1
2: Supresión moderada	N2	A2	B2	C2
3: Supresión severa	N3	A3	B3	C3

**CATEGORIAS CLINICAS PARA NIÑOS MENORES DE 13 AÑOS,
CON INFECCION POR VIH (CLASIFICACION CDC 1994).**

▪ **CATEGORIA N: SIN SINTOMAS**

Niños sin síntomas o signos, o que tienen sólo una de las condiciones de la Categoría A

▪ **CATEGORIA A: LEVEMENTE SINTOMATICOS**

Niños con 2 o más de las siguientes condiciones (pero ninguna de las condiciones de las Categorías B y C), presentes en forma persistente o recurrente

- Linfadenopatía ($\geq 0,5$ cm en más de 2 sitios; bilateral = 1 sitio)
- Hépatomegalia
- Esplenomegalia
- Dermatitis
- Parotiditis
- Infección aguda: respiratoria alta, sinusitis u otitis media

▪ **CATEGORIA B: MODERADAMENTE SINTOMATICOS**

Niños que tienen algunas de las siguientes condiciones:

- Anemia (< 8 gr/ dl), neutropenia ($< 1000/ \text{mm}^3$) o trombocitopenia ($< 100\,000/ \text{mm}^3$) persistente (≥ 30 días)
- Fiebre persistente (duración > 1 mes)
- Meningitis , neumonía o sepsis bacteriana (un episodio)
- Candidiasis orofaríngea (algorra) persistente (> 2 meses), en niños $>$ de 6 ms de edad
- Diarrea recurrente o crónica
- Infección por citomégalovirus (CMV), inicio antes 1 mes de edad
- Estomatitis por virus herpes simple (VHS), recurrente (más de 2 episodios por año)
- Bronquitis, neumonitis, o esofagitis por VHS, inicio antes 1 mes de edad
- Varicela diseminada (varicela complicada)
- Herpes zoster: 2 o más episodios o más de un dermatoma
- Toxoplasmosis, inicio antes 1 mes de edad
- Nocardiosis
- Neumonitis intersticial linfoide (NIL) o hiperplasia linfoide pulmonar
- Hepatitis, cardiomiopatía, nefropatía
- Otras: Leiomyosarcoma

▪ **CATEGORIA C: SEVERAMENTE SINTOMATICOS**

Niños con cualquiera de las condiciones enumeradas en la definición de caso de SIDA de 1987, con excepción de NIL

- Infecciones bacterianas confirmadas, serias (septicemias, neumonías, meningitis, infecciones óseas o articulares, abscesos profundos), múltiples o recurrentes (≥ 2 en 2 años)
- Candidiasis, esofágica o pulmonar (bronquio, tráquea, pulmones)
- Criptococosis, extrapulmonar
- Enfermedad por CMV (en sitios otros que hígado, bazo o ganglios linfáticos), inicio > 1 mes de edad
- Infección por VHS: úlceras mucocutáneas > 1 mes de duración, o bronquitis, neumonitis, o esofagitis de cualquiera duración, inicio > 1 mes de edad
- Neumonía por *P.jirovecii*
- Criptosporidiosis o isosporiasis con diarrea duración > 1 mes
- Toxoplasmosis cerebral, inicio > 1 mes de edad
- Septicemias por Salmonellas no tíficas, recurrentes
- Mycobacterium tuberculosis, infección diseminada o extrapulmonar
- Infecciones diseminadas por otros mycobacterium
- Infecciones por otros agentes oportunistas
- Linfoma, primario, en el cerebro
- Otros linfomas
- Sarcoma de Kaposi
- Encefalopatía progresiva por VIH, presente por > 2 meses en ausencia de una enfermedad concurrente otra que la infección por VIH que pudiera explicar los hallazgos: falla para alcanzar o pérdida de los logros del desarrollo o de la habilidad intelectual; daño del crecimiento cerebral o microcefalia; déficit motor adquirido simétrico (2 o más de paresia, reflejos patológicos, ataxia, o disturbios en la marcha)
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Síndrome de emaciación :
 - 1. pérdida de peso persistente,
 - +
O
 - 2 A.- diarrea crónica (≥ 2 deposiciones blandas/día por ≥ 30 días),
 - O
 - 2 B.- fiebre documentada (por ≥ 30 días , intermitente o constante)

CATEGORIAS INMUNOLOGICAS PARA NIÑOS MENORES DE 13 AÑOS, CON INFECION POR VIH (CLASIFICACION CDC 1994).

- **CATEGORIA 1:** SIN INMUNOSUPRESION.
- **CATEGORIA 2:** INMUNOSUPRESION MODERADA.
- **CATEGORIA 3:** INMUNOSUPRESION SEVERA.

CATEGORIAS INMUNOLOGICAS CDC 1994 POR EDAD

	< 12 meses	< 12 meses	1 – 5 años	1 – 5 años	6 – 12 años	6 – 12 años
	CD4	%	CD4	%	CD4	%
1	≥ 1.500	≥ 25	≥ 1.000	≥ 25	≥ 500	≥ 25
2	750 – 1.499	15 - 24	500 – 999	15 – 24	200 - 499	15 – 24
3	< 750	< 15	< 500	< 15	< 200	< 15

Tabla N°2. Manifestaciones De Etapa B A Considerar Para Inicio De TAR En Niños En Chile, 2009

<p>En Etapa B, considerar (especialmente si CD4 y/o CV en valores de riesgo para la edad) si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neumonitis intersticial linfoides (B: SIDA) ▪ Enfermedad pulmonar crónica, incluyendo bronquiectasias ▪ Neumonía bacteriana recurrente (sin etiología) ▪ Candidiasis orofaríngea severa o recurrente ▪ TBC ▪ Síndrome febril prolongado ▪ Diarrea crónica ▪ Plaquetopenia ▪ Nefropatía ▪ Cardiomielitis <p>Además considerar si hay baja importante de peso, pero que aún no ha llegado a la emaciación.</p> <p>NIL, TBC, trombocitopenia, requiere de medición de CD4 para la determinación de necesidad de terapia inmediata. Si no hay inmunosupresión severa es preferible retardar el inicio de la TAR.</p>

Tabla N°3. Parámetros Inmunológicos y Virológicos decisivos en inicio TAR en Niños, en Chile, 2009 Secretaría

Edad (años)	% CD4	CV alta*	Observar y monitorear**
< 1 a	0 - < 3 ms	< 30 %	Entre 300 000-1 millón
	3 - < 6 ms	< 25 %	
	+	< 20%	
	6 - < 12ms		
1 a 3 años	< 20%	> 300 000	Entre 100-000 – 300 000
3 a 5 años	< 15%	> 250 000	Entre 100 000 - 250 000
≥ 5 años	<15% o < 200 cels CD4		

CV* copias / mL

** Monitoreo más frecuente

Porcentajes de <5% equivalen a recuentos absolutos de CD4/mm³ de < 250-300 en < 1 año, de <150-200 entre 1 a 5 años y 0 a <100 en ≥ 6 años de edad.

Tabla N°4. Graduación Toxicidades Específicas

TOXICIDADES ESPECÍFICAS	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Hematocrito (%)	30%	25-29%	20-24%	≤ 19%
Hemoglobina (grs/dl)	10	9-9.9	8-8.9	6-7.9
Hemoglobina (grs/dl): niños > 60 días, o > 3 ms a < 2 años	8.5 a 8.9- 9.0 a 9.9	7.0 a 7.5 – <8.5 a 8.9	6.5 - <7 a <7.5	< 6.5 o síntomas clínicos severos atribuibles a anemia (ej. falla cardíaca), refractaria a terapia de soporte
Hemoglobina (grs/dl) - niños ≥ 2 años	10-10.9	7-9.9	< 6.5 a < 7.0	Insuficiencia cardiaca secundaria a anemia
Glóbulos blancos (/mm³)	2000 – 3999	1000 - 1999	500 - 999	< 500
Recuento neutrófilos (/mm³)	750 a 1000 a 1200 a 1499	400 a 500 a 750 a 999	250 a 399 a 500 a 749	< 250 a < 500
Recuento plaquetas (/mm³)	60 000 a 100 000 a < 125 000	30000 – 50 000 a 60 000 a 75 000 a < 100 000	10000 – 25 000 a 30 000 a < 50 000	< 10000 - < 25 000 o petequias o hemorragias
Glicemia (mgs/dl), nivel alto, NO en ayunas,	116-160	161-< 251	251-500	> 500 o ceto-acedosis
Glicemia (mgs/dl), nivel alto, en ayunas	110-125 <u>≥100-110</u>	126- 250	251-500	> 500
Colesterol total (mg/dl)	< 170-<200	200-<300	> 300	No aplica
Colesterol LDL (mg/dl)	< 110 < 100	110-129	> 130	No aplica
Colesterol HDL mg/dl	≤ 40 o ≤ 45			
Triglicéridos (mgs/dl)	150-200 ≥100-110 niños > 10 a: ≥ 150	200-300	300-400	> 400-500
Acidosis metabólica (HCO₃:mEq/lt)	19 – 21	15 – 18	10 - 14	< 10
Creatinina (x límite máx normal)	1.1 – 1.5	1.6 – 3.0	3.1 – 6.0	> 6 o diálisis
2 ms- 2años	0,6-0,8	0,9-1,1	1,2-1,5	>1,5
2 años- adolescentes	0,7-1,0	1,1-1,6	1,7-2,0	> 2,0
Adolescentes	1,0-1,7	1,8-2,4	2,5-3,5	> 3,5
Clarence Creatinina cc/min/1,73m²	60-75	50-59	35-49	<35

TOXICIDADES ESPECÍFICAS	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Bilirrubina (x límite máx norm)	1.1 – 1.5	1.6 – 2.5	2.6 – 5.0	> 5
GOT o AST (x límite máx norm)	1.25 – 2.5	2.6 – 5.0	5.1 – 10.0	> 10
GPT o ALT (x límite máx norm)	1.25 – 2.5	2.6 – 5.0	5.1 – 10.0	> 10
GGT (x límite máx normal)	1.25 – 2.5	2.6 – 5.0	5.1 – 10.0	> 10
Fosfatasas alcalinas (x lím máx norm)	1.25 – 2.5	2.6 – 5.0	5.1 – 10.0	> 10
Lipasa (x límite máx normal)	1.1 – 1.5	1.4 – 3.0	2.1 – 5.0	> 5 o pancreatitis
Amilasa (x límite máx normal)	1.1 – 1,5	1.4 – 2.0	2.1 – 5.0	> 5 o pancreatitis
Ac. Láctico en sangre	2.1	2.1 a 5 mmol /L	5 a 10 mmol /l	> 10 mmol / L
Lactato	< 2.0 x ULN sin acidosis	≥ 2.x ULN sin acidosis	Lactato aumentado con pH < 7.3 sin consecuencias que pongan en peligro la vida o condiciones relacionadas presentes	Lactato aumentado con pH < 7.3 con consecuencias que ponen en peligro la vida (ej. hechos neurológicos, coma) o condición relacionada presente

TOXICIDADES ESPECÍFICAS	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Nauseas	Transitorias (< 24 hrs) o intermitente	Nauseas persistentes ➔ disminución ingesta oral por 24-48 hrs	Nauseas persistentes ➔ ingesta oral mínima por > 48 hrs o necesidad de rehidratación agresiva (ej. iv)	Nauseas persistentes ➔ no o mínima ingesta oral resultando en deshidratación con necesidad rehidratación agresiva iv.
Vómitos	1 en 24 hr o aislados, transitorios o intermitentes, sin o con mínima interferencia con ingestión oral	2 a 5 en 24 hr o frecuentes; puede haber deshidratación leve	6 a 10 en 24 hr o persistentes o hipotensión o requiere de hidratación iv	> 10 en 24 hr o hipotensión severa (shock) o requiere de hospitalización

TOXICIDADES ESPECÍFICAS	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Diarrea	Transitoria o intermitente, 2 -3 x día o de menor consistencia	Deposiciones de menor consistencia y/o de mayor frecuencia 4-6 y/o nocturna En < 1 año puede haber leve deshidratación	Deposiciones sanguinolentas o de menor consistencia, líquidas, y/o de mayor frecuencia 7-9 x día, con deshidratación moderada, y/o hipotensión, requiere de hidratación iv	Muy frecuentes, > 10 x día, con consecuencias que ponen en peligro la vida (deshidratación severa, hipotensión severa, shock) requiriendo de hospitalización
Litiásis renal	Grado 4: Hematuria severa y/o insuficiencia renal obstructiva			
Polineuropatía	Leve	Requiere manejo del dolor	Interfiere con el sueño	Limita la marcha
Neuropatía y Miopatía (debilidad neuromuscular)	Asintomático con fuerzas disminuidas al ex. o debilidad muscular mínima no causando o causando mínima interferencia con actividades sociales y de funcionamiento usuales	Debilidad muscular causando más que mínima interferencia con actividades sociales y de funcionamiento usuales	Debilidad muscular causando inabilidad para lograr actividades sociales y de funcionamiento usuales	Debilidad muscular causando inabilidad para lograr funciones de auto-cuidado básico O debilidad de músculos respiratorios causando daño de ventilación
Neuropatías dolorosas (alteración neurosensorial)	Asintomático con alteración sensorial al exámen O mínimas parestesias no causando o causando mínima interferencia con actividades sociales y de funcionamiento	Alteración sensorial o parestesias causando mayor que mínima interferencia con actividades sociales y de funcionamiento usuales	Alteración sensorial o parestesias causando inabilidad para lograr actividades sociales y de funcionamiento usuales	Alteraciones sensoriales discapacitantes o parestesias causando inabilidad para lograr funciones de auto-cuidado básico.
Alteraciones psíquicas (humor, conducta, personalidad)	Sin o con mínima interferencia con actividades sociales y de funcionamiento usuales	Mayor interferencia con actividades sociales y de funcionamiento usuales	Causan inabilidad para logro de actividades sociales y de funcionamiento usuales	Conducta potencialmente dañina para si mismo o para otros o que ponen en peligro la vida

TOXICIDADES ESPECÍFICAS	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Alteraciones del estado mental	Cambios causando mínima interferencia con actividades sociales y de funcionamiento usuales	Leve letargia o somnolencia causando mayor que mínima interferencia con actividades sociales y de funcionamiento usuales	Inicio de confusión, daño de la memoria, letargia, o somnolencia causando inhabilidad para lograr actividades usuales sociales y de funcionamiento usuales	Inicio de delirio, obtundación o coma
Alteración del SNC	Ansiedad o depresión leve	Moderada	Severa, requiere asistencia	Psicosis aguda y/o hospitalización
Rash / Alergia	Rash macular leve localizado y/o prurito	Máculas o máculo-pápulas difusas, o rash morbiliforme o lesiones target	Generalizadas: macular, máculo papular o morbiliforme con vesículas o un número limitado de bulas o ulceraciones superficiales de mucosas limitadas a un sitio	- Lesiones bulosas extensas o generalizadas o S. Stevens Johnson o ulceraciones de mucosas en 2 o mas sitios distintos o exfoliación (necrolisis epidémica tóxica) - Cualquier tipo de rash con fiebre alta y síntomas constitucionales
	Urticaria localizada de pocas horas	Urticaria localizada que requiere de medicación o angioedema suave	Urticaria generalizada o angioedema que requiere de medicación o broncoespasmo suave sintomático	Anafilaxia aguda, o broncoespasmo o edema laríngeo que ponen en riesgo la vida
Hipersensibilidad a Abacavir:				Rash con fiebre y/o síntomas digestivos o respiratorios

Se debe estar seguros que estas alteraciones son debidas a la terapia ARV, descartando otras causas de ellas.

Tabla N°5. Factores a tomar en cuenta para iniciar o considerar inicio de TAR

Factores virológicos:

- Detección de virus antes de las 48-72 horas de vida (transmisión in útero).
- En hijos de madre VIH (+) con TAR en embarazo:
 - Resultados de prueba de genotipificación en el RN, si efectuados.

Factores inmunológicos:

- Antecedentes de prematuez.
- Bajos recuentos de CD4 al nacer y a edad temprana (< 30% al nacer; < 15% en período de lactante; < 1500 cel / mm³ a los 6 ms de edad).
- Hipo-gammaglobulinemia precoz.
- Hiper-gammaglobulinemia inicial → normalización precoz .
- Células T y B con inmuno-fenotípico de aplasia / displasía tímica.

Factores Clínicos:

- Edad / patrón presentación primera manifestación clínica.
- Retraso en el desarrollo del lenguaje.
- Co-infecciones.
- En Etapa B, tomar en cuenta si:
- Presencia de algunas de las enfermedades señaladas en Tabla N°2.

Tabla N°6. Esquema Mínimo para Monitorear TAR en Niños y Adolescentes

T°después de inicio TAR	Monitoreo Toxicidad #	Monitoreo Adherencia y Eficacia
Basal, previo TAR	Historia clínica, ex. hematológico completo, ELG, perfil bioquímico*	Recuento / porcentaje CD4, CV
1-2 semanas	Historia clínica	Monitorear adherencia
4-8 semanas	Historia clínica, ex. hematológico completo, ELG, perfil bioquímico*	Monitorear adherencia, Recuento/porcentaje CD4, CV
Cada 3-4 meses*	Historia clínica, ex. hematológico completo, ELG, perfil bioquímico*	Monitorear adherencia, Recuento/porcentaje CD4, CV
Cada 6-12 meses	Perfil lipídico	

En TAR con NVP: medir perfil hepático cada 2 semanas el primer mes post-terapia.

* Según el ARV en uso se puede tener que solicitar enzimas pancreáticas,

- Se deben considerar monitoreos más frecuentes de CD4 y CV dependiendo de la edad (ej. < 6-12 meses de edad), en niños con sospecha de deterioro clínico, inmunológico y/o virológico, para confirmar valores anormales o cuando se cambia terapia.

Tabla N° 7.Recomendaciones para cambio de TAR en caso de Falla de Tratamiento

REGIMEN INICIAL	CAMBIO RECOMENDADO
2 ITRNs + ITRNN	2 ITRNs (según test resistencia) + IP
2 ITRNs + IP	2 ITRNs (según test de resistencia) + ITRNN 2 ITRNs (según test de resistencia) + IP alternativo (según test de resistencia) / rtv
3 ITRNs (sólo en circunstancias especiales)	ITRNs (según test de resistencia) + ITRNN + IP
Regímenes fallando que incluyen ITRN, ITRNN, IP (sólo en circunstancias especiales)	2 ITRNs (según test de resistencia) + ITRNN o IP ITRNs (según test de resistencia) + ITRNN + IP > 1 ITRN (según test de resistencia) + Un IP más nuevo (según test de resistencia) / rtv
rtv: Ritonavir en bajas dosis como refuerzo de IP	

Tabla N° 8. Estrategias a Considerar para Tratamiento de Niños Experimentados en TAR con Pocas Opciones de Tratamiento Activos Disponibles

<ul style="list-style-type: none">▪ Usar Enfuvirtida (T-20) como parte de un régimen multi-drogas. El enfuvirtida está aprobado en niños de > 6 años y ha demostrado ser más efectivo cuando se usa con al menos otra droga nueva como parte del régimen.
<ul style="list-style-type: none">▪ Exaltamiento farmacológico con RTV puede aumentar las concentraciones de la mayoría de los inhibidores de proteasas (excepto nelfinavir) y puede sobrepasar algún grado de resistencia a drogas; existen pocos datos de dosificación apropiada en niños de algunos de los inhibidores de proteasas antiguos (ej. SQV) reforzados con RTV, pero es posible considerarlos para niños mayores para quienes puede estar disponible información de droga.
<ul style="list-style-type: none">▪ Monitoreo terapéutico de droga, se puede considerar en algunos casos.
<ul style="list-style-type: none">▪ Retratamiento con drogas previas puede ser útil, particularmente si ellas fueron discontinuadas por toxicidades que ahora pueden ser controladas. El re-usar drogas previas (aún con test de resistencia documentados) puede proveer algún grado de actividad ARV parcial. La terapia continuada de la droga y la mantención del virus resistente a drogas puede comprometer la afinidad por las drogas, pero no se sabe si esto tiene aplicabilidad clínica.
<ul style="list-style-type: none">▪ Uso de regímenes multi-drogas empíricos (incluyendo hasta 3 IPs y/o 2 ITRNNs) ha sido invocado por algunos, pero puede ser limitado por su complejidad, pobre tolerabilidad, e interacciones desfavorables entre drogas.
<ul style="list-style-type: none">▪ Nuevas drogas ARVs: drogas de clases de ARVs que ya existen y con actividad contra virus resistentes, tal como los nuevos IPs Darunavir o Tipranavir (deber ser dados con refuerzo de bajas dosis de RTV), o el nuevo ITRNN etravirina, o drogas de una nueva clase de ARVs, con mecanismos nuevos de acción, tal como los antagonistas de CCR5, como Maraviroc, o los Inhibidores de Integrasa, como Raltegravir, incluyendo aquellos disponibles en ensayos clínicos o en acceso expandido. Optimamente, un agente activo nuevo debiera ser usado en el régimen con uno o más de otros agentes activos.

Tabla N° 9. Listado De ARV Disponibles Para Niños En El Sistema Público De Salud

Zidovudina (AZT) 10mg/mL, 100mg, 300mg, 200mg/20mL
Lamivudina (3TC) 10mg/mL, 150mg
Abacavir (ABC) 20 mg/mL, 300mg
Didanosina (ddI) 4g/g, 100mg, 250mg EC y 400 mg EC
Estavudina (d4T) 15 mg, 20 mg, 30 mg y 40 mg
Zidovudina+Lamivudina (AZT/3TC) 300/150mg
Zidovudina+Lamivudina+Abacavir (AZT/3TC/ABC) 300/150/300 mg
Tenofovir (TDF) 300 mg
Tenofovir+Emtricitabina (TDF/FTC) 300/200mg
Indinavir (IDV)400 mg
Ritonavir (RTV) 100 mg
Saquinavir (SQV) 500 mg
Fosamprenavir (FosAPV) 700 mg
Lopinavir 200 mg/Ritonavir 50mg (LPV/RTV); Lopinavir 80 mg/Ritonavir 20mg (LPV/RTV);
Atazanavir (ATV) 150 mg, 200 mg, 300 mg
Darunavir 300 mg
Efavirenz (EFV) 30mg, 200mg y 600 mg
Nevirapina (NVP) 10mg, 200mg
Etravirina (ETR) 100 mg
Raltegravir 400 mg
Enfuvirtida 90 mg (Vial)
Maraviroc 150 mg, 300 mg

Tabla Nº 10. ARV Aprobados Para Terapia VIH En Niños

Inhibidores Transcriptasa Reversa Análogos Nucleosidos

- Abacavir (ABC) *
- Didanosina (ddI) *
- Lamivudina (3TC) *
- Stavudina (d4T) *
- Zidovudina (ZDV) *
- Emtricitabina * (no disponible en Chile)

Inhibidores Transcriptasa Reversa Análogos No Análogos de Nucleosidos

- Efavirenz (EFV) *
- Nevirapina (NVP) *
- Etravirina (ETV) * §

Inh. Proteasas ¥:

- Lopinavir/ritonavir (LPV/RTV) *
- Nelfinavir (NFV) * #
- Ritonavir (RTV) *
- Recientemente aprobadas:
 - Fosamprenavir (FPV) * (sin refuerzo de RTV en \geq 2 años y reforzada con RTV en \geq 6 años)
 - Atazanavir (ATV) *, en > 6 años
 - Darunavir (DRV) *, en > 6 años
 - Tipranavir (TPV) *, en > 2 años (no disponible en Chile)

Inh. Fusión:

- Enfuvirtida (ENF): aprobada en > 6 años

* Existen formulaciones pediátricas o tabletas de tamaño adecuado para niños.

§ ETV: estudios en niños, aún no aprobado en niños. Sólo formulación para adultos, pero tableta es dispersable.

¥ Indinavir (IDV) y Saquinavir (SQV) reforzados con RTV: algunos estudios en niños; aprobados en adolescentes (SQV en \geq 16 años).

Discontinuado en Chile; nuevamente disponible en otros países.

BIBLIOGRAFIA CAPÍTULO III

1. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2008, en www.unaids.org.
2. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2006, 1-94, en www.unaids.org
3. CONASIDA, Ministerio de Salud, Chile. Boletines epidemiológicos trimestrales, Serie Documentos CONASIDA.
4. García M y Olea A. Evolución y situación epidemiológica de la infección por virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Chile. Rev Chil Infectol. 2008; 25: 162- 170.
5. Comité Nacional de VIH/SIDA Pediátrico: Datos de Presentacionesiiia Congresos, Talleres, etc.
6. Comité Nacional de VIH /SIDA Pediátrico, Sociedad Chilena de Pediatría: Cohorte Chilena de Niños y Adolescentes Expuestos / Viviendo con VIH / SIDA, 3er Informe, 2006.
7. Instituto de Salud Pública (ISP), Ministerio de Salud, Chile. Informativo trimestral resultados diagnóstico virológico infección VIH pediátrica.
8. CDC: Recommendations of the US Public Health Service Task Force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus .MMWR 1994;43 (RR-11):I-20.
9. Chavez A, Alvarez AM, Wu E, Peña A, Vizueta E; y Comité Nacional de SIDA Pediátrico, Sociedad Chilena de Pediatría. . Evolución de la Transmisión Vertical de la Infección por VIH en Chile. Rev Chil Infectol. 2007; 24: 368-371.
10. Palumbo P. Clinical virology of pediatric HIV disease. En Handbook of Pediatric HIV Care. Zeichner SL, Read JS Eds, Lippincott Williams and Wilkins, USA.1999; 63-75.
11. CDC: Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1987; 36:1S-15S.
12. CDC: 1994 Revised Classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. MMWR 1994; 43 (RR-12):I-10.
13. CDC. Guidelines for the use on Antiretroviral Agents in Pediatric HIV infection. MMWR. Morbid Mortal Wkly Rep 1998, 47 (RR-4): 1-43. Puestas al día desde el 01/03/ 99 a la fecha MMWR, 2009, Feb 23; 1-139, en <http://AIDSInfo.nih.gov>.
14. de Martino M, Tovo PA, Balducci M, et al. Reduction in mortality with availability of antiretroviral therapy for children with perinatal HIV-1 infection. Italian Register for HIV Infection in Children and the Italian National AIDS Registry. JAMA, 2000. 284(2):190-7.
15. European Collaborative Study. Management of vertically HIV-infected children in Europe. Acta Paediatr. 2003; 92:246-250.
16. Sanchez JM, Ramos Amador JT, Fernandez de Miguel S, et al. Impact of highly active antiretroviral therapy on the morbidity and mortality in Spanish human immunodeficiency virus-infected children. Pediatr Infect Dis J, 2003. 22(10):863-7.
17. King SM, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS; American Academy of Pediatrics Infectious Diseases and Immunization Committee. Evaluation and treatment of the human immunodeficiency virus-1--exposed infant. Pediatrics, 2004. 114(2):497-505.
18. Viani RM, Araneta MR, Deville JG, Spector SA. Decrease in hospitalization and mortality rates among children with perinatally acquired HIV type 1 infection receiving highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis, 2004. 39(5):725-31.
19. Anabwani GM, Woldetsadik EA and Kline MW. Treatment of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Children Using Antiretroviral Drugs. Semin Pediatr Infect Dis. 2005; 16: 116-124.
20. Crowley s, Kekitiinwa A and Vaz P. Clinical management of HIV infection in children. Curr Opin HIV AIDS. 2007; 2: 410-415.
21. De Rossi A. Virus-host interactions in paediatric HIV-1 infection. Curr Opinion in HIV and AIDS. 2007; 2: 399-404.

22. Watson DC, Farley JJ. Efficacy of and adherence to highly active antiretroviral therapy in children infected with human immunodeficiency virus type 1. *Pediatr Infect Dis J*, 1999. 18(8):682-9.
23. Boni S, Pontali E, de Gol P, et al. Compliance to combination antiretroviral therapy in HIV-1 infected children. In *J Antimicrob Agents*, 2000. 16(3):371-2.
24. Katko E, Johnson GM, Fowler SL, Turner RB. Assessment of adherence with medications in human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatr Infect Dis J*, 2001. 20(12):1174-6.
25. Reddington C, Cohen J, Baldillo A, et al. Adherence to medication regimens among children with human immunodeficiency virus infection. *Pediatr Infect Dis J*, 2000. 19(12):1148-53.
26. Van Dyke RB, Lee S, Johnson GM, et al. Reported adherence as a determinant of response to highly active antiretroviral therapy in children who have human immunodeficiency virus infection. *Pediatrics*, 2002. 109(4):e61.
27. Gibb DM, Goodall RL, Giacomet V, et al.; Paediatric European Network for Treatment of AIDS Steering Committee. Adherence to prescribed antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus-infected children in the PENTA 5 trial. *Pediatr Infect Dis J*, 2003. 22(1):56-62.
28. Mellins CA, Brackis-Cott E, Dolezal C, Abrams EJ. The role of psychosocial and family factors in adherence to antiretroviral treatment in human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatr Infect Dis J*, 2004. 23(11):1035-41.
29. L'homme R, Warris A, Gibb d, et al. Children with HIV are not small adults: what is different in pharmacology? *Curr Opin HIV AIDS*. 2007; 2: 405-408.
30. Morris CR,Araba-Owoyele L,Spector SA,et al: Disease patterns and survival after acquired immunodeficiency syndrome diagnosis in human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15:321-328.
31. Mayaux MJ, Burgard M, Teglas JP, et al. Neonatal characteristics in rapidly progressive perinatally acquired HIV-1 disease. The French Pediatric HIV Infection Study Group. *JAMA*, 1996. 275(8):606-10.
32. Abrams E J. Opportunistic Infections and other Clinical Manifestations of HIV Disease in Children. *Ped Clin N Amer*. 2000, 47: 79-108.
33. Abuzaitoun OR, Hanson IC. Organ-Specific Manifestations of HIV in Children. *Ped Clin N AMER*. 2000, 47: 109- 125.
34. Nourse C B, Butler K M. Perinatal transmission of HIV and diagnosis of HIV in infants: a Review. *Ir J Med Sci* 1998, 176: 28-32.
35. Nielsen K, Bryson Y J. Diagnosis of HIV infection in children. *Pediatr Clin North Am* 2000, 47: 39-61.
36. Ministerio de Salud y Comité Nacional de SIDA Pediátrico de la Sociedad Chilena de Pediatría. Infección por Virus de la inmunodeficiencia humana en el binomio madre – hijo y en el niño. Noviembre de 2003.
37. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida. VIH / SIDA. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
38. Gray L, Newell ML, Thorne C, et al, and European Collaborative Study. Fluctuations in symptoms in human immunodeficiency virus-infected children: the first 10 years of life. *Pediatrics*, 2001. 108(1):116-22.
39. Laufer M, Scott G B. Medical management of HIV diseases in children. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47: 127-52.
40. Palumbo P E. Antiretroviral therapy of HIV infection in children. *Pediatr Clin North Am* 2000, 47: 155-169.
41. Sharland M, Castelli Gattinara di Zub G, Ramos JT, and Gibb DM on behalf PENTA Steering Committee. Penta Guidelines for the use of antiretroviral therapy in paediatric HIV infection. *HIV Medicine*. 2002; 3: 215-226.
42. Sharland M, Blanche S, Castelli G, Ramos J, Gibb DM; PENTA Steering Committee. Penta Guidelines for the use of antiretroviral therapy, 2004. *HIV Med*. 2004, S2:61-86.
43. WHO. Antiretroviral therapy of HIV in infants and children in resource-limited settings. Toward universal access. Switzerland. 2006; 1-171, en <http://www.who.int/hiv/en>.

- 43a.Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en niños en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. OPS / OMS. Washington, DC. 2008; 1-149, en <http://www.who.int/hiv/en>.
44. European Collaborative Study. Age-related standards for T lymphocyte subsets based on uninfected children born to human immunodeficiency virus 1-infected women. The European Collaborative Study. *Pediatr Infect Dis J*, 1992. 11(12):1018-26.
45. Resino S, M Bellon J, Gurbido D, et al. Viral load and CD4+ T lymphocyte response to highly active antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus type 1-infected children: an observational study. *Clin Infect Dis*, 2003. 37(9):1216-25.
46. Newell ML, Patel D, Goetghebuer T, Thorne C; European Collaborative Study. CD4 cell response to antiretroviral therapy in children with vertically acquired HIV infection: is it associated with age at initiation? *J Infect Dis*, 2006. 193(7):954-62.
47. Resino S, Alvaro-Meca A, de Jose MI, et al. Low immunologic response to highly active antiretroviral therapy in naive vertically human immunodeficiency virus type 1-infected children with severe immunodeficiency. *Pediatr Infect Dis J*, 2006. 25(4):365-8.
48. Walker AS, Doerholt K, Sharland M, et al. Response to highly active antiretroviral therapy varies with age: the UK and Ireland Collaborative HIV Paediatric Study. *AIDS*, 2004. 18(14):1915-24.
49. Dunn D. HIV Pediatric Prognostic Markers Collaborative Study Group. Short term risk of disease progression in HIV infected children receiving no antiretroviral therapy of zidovudine monotherapy; e meta-analysis. *Lancet* 2003; 362: 1605-11.
50. HIV Paediatric Prognostic Markers Collaborative Study. Predictive value of absolute CD4 cell count for disease progression in untreated HIV-1 infected children. *AIDS*. 2006, 20: 1289-1294.
51. Dunn D, Woodburn P, Duong T, et al for the Paediatric Prognostic Markers Collaborative Study and the CASCADE Collaboration. Current CD4 Cell Count and the Short-Term Risk of AIDS and Death before the Availability of Effective Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Children and Adults. *J Infect Dis* 2008; 197: 398-404
52. Watson DC, Farley JJ. Efficacy of and adherence to highly active antiretroviral therapy in children infected with human immunodeficiency virus type 1. *Pediatr Infect Dis J*, 1999. 18(8):682-9.
53. Brogly S, Williams P, Seage GR 3rd, et al.; PACTG 219C Team. Antiretroviral treatment in pediatric HIV infection in the United States: from clinical trials to clinical practice. *JAMA*, 2005. 293(18):2213-20.
54. Faye A, Le Chenadec J, Dollfus C, Thuret I, Douard D, Firtion G, Lachassinne E, Levine M, Nicolas J, Monpoux F, Tricoire J, Rouzioux C, Tardieu M, Mayaux MJ, and Blanche S, for the French Perinatal Study Group. Early versus Deferred Antiretroviral Multidrug Therapy in Infants Infected with HIV Type 1. *Clinical Infectious Dis*. 2004; 39: 1692-8.
55. Verweel G, Saavedra-Lozano J, van Rossum AM, Ramilo O, de Groot R. Initiating highly active antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus type-1 infected Children in Europe and the United States: comparing clinical practice to guidelines and literature evidence. *Pediatr Infect Dis J*. 2006, 25: 987-94.
56. Abrams EJ. The unanswered question: when to initiate antiretroviral therapy in children with HIV infection *Curr Opin HIV AIDS*. 2007; 2: 416-425.
57. Luzuriaga K, McManus M, Catalina M, et al. Early therapy of vertical human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection: control of viral replication and absence of persistent HIV-1-specific immune responses. *J Virol*, 2000. 74(15):6984-91.
58. Hainaut M, Peltier CA, Gerard M, et al. Effectiveness of antiretroviral therapy initiated before the age of 2 months in infants vertically infected with human immunodeficiency virus type 1. *Eur J Pediatr*, 2000. 159(10):778-82.
59. Faye A, Bertone C, Teglas JP, et al. Early multitherapy including a protease inhibitor for human immunodeficiency virus type 1-infected infants. *Pediatr Infect Dis J*, 2002. 21(6):518-25.
60. Aboulker JP, Babiker A, Chaix ML, et al. Paediatric European Network for Treatment of AIDS (PENTA). Highly active antiretroviral therapy started in infants under 3 months of age:

- 72-week follow-up for CD4 cell count, viral load and drug resistance outcome. AIDS, 2004; 18:237-45.
61. Palma P, Romiti ML, Cancrini C, Pensiero S, Montesano C, Bernardi S, Amicosante M, Di Cesare S, Castelli-Gattinara G, Wahren B, Rossi P. Delayed early antiretroviral treatment is associated with an HIV-specific long-term, cellular response in HIV-1 vertically infected infants. Vaccine, 2008; doi:10.1016/j.vaccine.2008.03.062.
 62. Violari A, Cotton M, Gibb D et al. Data from the Children with HIV Early Antiretroviral Therapy (CHER) Study. 4th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Sydney, Australia, 22-25/07/07, Abstract LB WES103.
 63. McIntosh K, Shevitz A, Zekun D, et al. Age- and time related changes in extra-cellular viral load in children vertically infected by human immunodeficiency virus. Pediatr Infect Dis J, 1996. 15(12):1087-91.
 64. Chiappini E, Galli L, Gabiano C, et al. Early triple therapy vs mono or dual therapy for children with perinatal HIV infection. JAMA, 2006. 295(6):626-8.
 65. Chiappini, E, Galli L, Tovo PA, Gabiano CI, Gattinara G, Castelli GC, Guarino A, Baddato R, Giacinto C, Lisi C, de martino M and the Italian Register for HIV Infection in Children. Virologic, immunologic, and clinical benefits from early combined antiretroviral therapy in infants with perinatal HIV-1 infection. AIDS. 2006; 20: 207-215.
 66. Ministry of Health . Secretariat of Health Policy. National STD and AIDS Programme. Guidelines for the Clinical Treatment of HIV Infection in Children. Brasil, Brasilia, 2004, pags. 1-50.
 67. Office of AIDS Research Advisory Council- DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents Guidelines for the use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents January 29, 2008 en <http://AIDSinfo.nih.gov>.
 68. Luzuriaga K, Bryson Y, McSherry G, et al. Pharmacokinetics, safety, and activity of nevirapine in human immunodeficiency virus type 1-infected children. J Infect Dis, 1996. 174(4):713-21.
 69. Luzuriaga K, Bryson Y, Krogstad P, et al. Combination treatment with zidovudine, didanosine, and nevirapine in infants with human immunodeficiency virus type 1 infection. N Engl J Med, 1997. 336(19):1343-9.
 70. Bardsley-Elliott A, Perry CM. Bardsley-Elliott A, Perry CM. Nevirapine: a review of its use in the prevention and treatment of paediatric HIV infection. Paediatr Drugs, 2000. 2(5):373-407.
 71. Verweel G, Sharland M, Lyall H, et al. Nevirapine use in HIV-1-infected children. AIDS, 2003. 17(11):1639-47.
 72. van Leth F, Phanuphak P, Ruxrungham K, et al. Comparison of first-line antiretroviral therapy with regimens including nevirapine, efavirenz, or both drugs, plus stavudine and lamivudine: a randomised open-label trial, the 2NN Study. Lancet, 2004. 363(9417):1253-63.
 73. Teglas JP, Quartier P, Treliyer JM, et al. Tolerance of efavirenz in children. AIDS, 2001. 15(2):241-3.
 74. Starr SE, Fletcher CV, Spector SA, et al. Efavirenz liquid formulation in human immunodeficiency virus-infected children. Pediatr Infect Dis J, 2002. 21(7):659-63.
 75. Funk MB, Notheis G, Schuster T, et al. Effect of first line therapy including efavirenz and two nucleoside reverse transcriptase inhibitors in HIV-infected children. Eur J Med Res, 2005. 10(12):503-8
 76. Scherbier HJ, Bekker V, Pajrt D, et al. Once-daily highly active antiretroviral therapy for HIV-infected children: safety and efficacy of an efavirenz-containing regimen. Pediatrics, 2007. 119(3):e705-15.
 77. McKinney RE Jr, Rodman J, Hu C, et al. Long-term safety and efficacy of a once-daily regimen of emtricitabine, didanosine, and efavirenz in HIV-infected, therapy-naïve children and adolescents: Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol P1021. Pediatrics, 2007. 120(2):e416-23.
 78. Saez-Llorens X, Violari A, Deetz CO, et al. Forty-eight-week evaluation of lopinavir/ritonavir, a new protease inhibitor, in human immunodeficiency virus-infected children. Pediatr Infect Dis J, 2003; 22:216-24.

79. Delaugerre C, Teglas JP, Treliuyer JM, et al. Predictive factors of virologic success in HIV-1 infected children treated with lopinavir/ritonavir. JAIDS, 2004. 37:1269- 75.
80. Chadwick EG, Rodman JH, Britto P, Powell Chr., Palumbo P, Luzuriaga K, Hughes M, Abrams EJ, Flynn PM, Borkosky W, Yogeve R, and the PACTG protocol 345 Team. Ritonavir-Based Highly Active Antiretroviral Therapy in Human Immunodeficiency Virus Type 1-Infected Infants Younger Than 24 Month of Age. Pediatr Infect Dis J 2005; 24:793-800.
81. Chadwick EG, Capparelli EV, Yogeve R, et al. Pharmacokinetics, safety and efficacy of lopinavir/ritonavir in infants less than 6 months of age: 24 week results. AIDS, 2008. 22(2):249-55.
82. Mark W. Kline, Sorin Rugina, Margareta Ilie, Rodica F. Matusa, Ana-Maria Schweitzer, Nancy R. Calles and Heidi L. Schwarzwald. Long-term Follow-up of 414 HIV-Infected Romanian Children and Adolescents Receiving Lopinavir/Ritonavir-Containing Highly Active Antiretroviral Therapy. Pediatrics 2007;119;e1116-e1120.
83. Pedneault L, Brothers C, Pagano G, et al. Safety profile and tolerability of amprenavir in the treatment of adult and pediatric patientswith HIV infection. Clin Ther, 2000. 22:1378-94.
84. Chadwick E, Borkowsky W, Fortuny C, et al. Safety and Antiviral Activity of Fosamprenavir/Ritonavir Once Daily Regimens in HIV-infected Pediatric Subjects Ages 2 to 18 Years (48-Week Interim Data, Study APV20003). 14 th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 25-28, 2007; Los Angeles, CA. Abstract 719.
85. Cunningham C, Freedman A, Read S, et al. Safety and Antiviral Activity of Fosamprenavir-containing Regmens in HIV-infected 2- to 18-Year- Old Pediatric Subjects (Interim Data, Study APV29005). 14 th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; FGebruary 25-28, 2007; Los Angeles, CA. Abstract 718.
86. Kiser J, Rutstein R, Aldrovandi G, et al. Pharmacokinetics of atazanavir/ritonavir in HIV-infected infants, children, and adolescents: PACTG 1020A. 12 th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 22-25, 2005; Boston, MA. Abstract 767.
87. Rutstein R, Samson P, Aldrovandi G, et al. Effect of Atazanavir on Serum Cholesterol and Triglyceride Levels in HIV-infected Infants, Children, and Adolescents: PACTG 1020A. 12 th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 22-25, 2005; Boston, MA. Abstract 774.
88. Macassa E, Delaugerre C, Teglas JP, Jullien V, Tréluyer JM, Veber F, Rouzioux Ch and Blanche S. Change to a Once-Daily Combination Including Boosted Atazanavir in HIV-1-Infected Children. Pediatr Infect Dis J 2006; 25: 809-814.
89. Luzuriaga K, McManus M, Mofenson L, et al. A trial of three antiretroviral regimens in HIV-1- infected children. N Engl J Med, 2004. 350(24):2471-80. 112.
90. Paediatric European Network for Treatment of AIDS (PENTA). A randomized double-blind trial of the addition of lamivudine or matching placebo to current nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor therapy in HIV-infected children: the PENTA-4 trial. AIDS, 1998. 12(14):F151-60.
91. Paediatric European Network for Treatment of AIDS (PENTA). Comparison of dual nucleoside-analogue reverse-transcriptase inhibitor regimens with and without nelfinavir in children with HIV-1 who have not previously been treated: the PENTA 5 randomised trial. Lancet, 2002. 359:733-40.
92. Green H, Gibb DM, Walker AS, et al. Paediatric European Network for Treatment of AIDS (PENTA): Lamivudina /abacavir maintains virological superiority over zidovudine / lamivudina y zidovudina / abacavir beyond 5 years in children. AIDS. 2007; 947-955
93. Wells CJ, Sharland M, Smith CJ, et al. Triple nucleoside analogue therapy with zidovudine (AZT), lamivudine (3TC), and abacavir (ABC) in the paediatric HIV London South Network (PHILS-NET) cohort. XIV International AIDS Conference; July 7-12, 2002; Barcelona, Spain. Abstract TuPeB4625.
94. Handforth J, Sharland M. Triple nucleoside reverse transcriptase inhibitor therapy in children. Paediatr Drugs 2004; 6. 2004; 6: 147-59.
95. Saavedra J, McCoig C, Mallory M, et al. Clinical experience with triple nucleoside (NRTI) combination ZDV/3TC/abacavir (ABC) as initial therapy in HIV-infected children. 41 st

- Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy; September 22-25, 2001; Chicago, IL. Abstract 1941.
96. Gulick RM, Ribaudo HJ, Shikuma CM, et al. Triple-nucleoside regimens versus efavirenz-containing regimens for the initial treatment of HIV-1 infection. *N Engl J Med*, 2004. 350(18):1850-61.
97. Mallal S, Phillips E, Carosi G, et al. PREDICT-1: a novel randomized prospective randomized study to determine the clinical utility of HLA-B*5701 screening to reduce abacavir hypersensitivity in HIV-1 infected subjects (study CNA106030). 4 th International AIDS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention; July 22-25, 2007; Sydney, Australia. Abstract WESS101.
98. Hazra R, Gafni RI, Maldarelli F, Balis F, Tullio AN, DeCarlo E, Worrel CJ, Steinberg SM; Flaherty JF, Yale K, Kearney BP, Zeichner SL. Tenofovir Disoproxil Fumarate and an Optimized Background Regimen of Antiretroviral Agents as Salvage Therapy for Pediatric HIV Infection. *Pediatrics*, 2005. 116(6):e846-54.
99. van Rossum AM, Niesters HG, Geelen SP, et al. Clinical and virologic response to combination treatment with indinavir, zidovudine, and lamivudine in children with human immunodeficiency virus-1 infection: a multicenter study in the Netherlands. On behalf of the Dutch Study Group for Children with HIV-1 infections. *J Pediatr*, 2000. 136(6):780-8.
100. Fraaij PL, Verweel G, van Rossum AM, et al. Indinavir/low-dose ritonavir containing HAART in HIV-1 infected children has potent antiretroviral activity, but is associated with side effects and frequent discontinuation of treatment. *Infection*, 2007. 35(3):186-9. 109(2):E25.
101. Kline MW, Brundage RC, Fletcher CV, Schwarzwald H, Calles NC, Buss NE, Snell P, Delora P, Eason M, Jorga K, Craig Ch and Duff F. Combination therapy with saquinavir soft gelatin capsules in children with human immunodeficiency virus infection. *Pediatr Infect Dis J*. 2001; 20: 666-71.
102. Grub S, Delora P, Ludin E, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of saquinavir in pediatric patients with human immunodeficiency virus infection. *Clin Pharmacol Ther*, 2003. 71(3):122-30.
103. Kiser JJ, Fletcher CV, Flynn PM, et al. Pharmacokinetics of antiretroviral regimens containing tenofovir disoproxil fumarate and atazanavir-ritonavir in adolescents and young adults with human immunodeficiency virus infection. *Antimicrob Agents Chemother*, 2008. 52(2):631-7.
104. Baylor M, Ayime O, Truffa M, et al. Hepatotoxicity associated with nevirapine use in HIV-infected children. 12 th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 22-25, 2005; Boston, MA. Abstract 776.
105. Giacomet V, Mora S, Martelli L, et al. A 12-month treatment with tenofovir does not impair bone mineral accrual in HIV-infected children. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2005. 40(4):448-50.
106. Rongkavilit C, Thaithumyanon P, Chuenyam T, et al. Phammacokinetics of stavudine and didanosine coadministered with nelfinavir in human immunodeficiency virus exposed. *Antimicrobial Agents Chemother*, 2001. 45: 3585-90.
107. de Mendoza C, Ramos JT, Ciria L, et al. Efficacy and safety of stavudine plus didanosine in asymptomatic HIV-infected children with plasma HIV RNA below 50,000 copies per milliliter. *HIV Clin Trials*, 2002. 3(1):9-16.
108. Gerstoft J, Kirk O, Obel N, et al. Low efficacy and high frequency of adverse events in a randomized trial of the triple nucleoside regimen abacavir, stavudine and didanosine. *AIDS*, 2003. 17:2045-52.
109. FDA Warning Letter from Gilead Sciences: High rate of virologic failure in patients with HIV infection treated with a once daily triple daily NRTI regimen containing didanosine, lamivudine and tenofovir. October 14, 2003.
110. Jemsek J, Hutcherson P, Harper E. Poor virologic responses and early emergence of resistance in treatment naive, HIV-infected patients receiving a once daily triple nucleoside regimen of didanosine, lamivudine, and tenofovir DF. 11 th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 2004; San Francisco, CA.

111. Gallant JE, Rodríguez AE, Weinberg WG, et al. Early virologic nonresponse to tenofovir, abacavir, and lamivudine in HIV-infected antiretroviral-naïve subjects. *J Infect Dis*, 2005. 192:1921-30.
112. Colgrove RC, Pitt J, Chung PH, et al. Selective vertical transmission of HIV-1 antiretroviral resistance mutations. *AIDS*, 1998. 12(17):2281-8.
113. Johnson VA, Petropoulos CJ, Woods CR, et al. Vertical transmission of multidrug-resistant human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) and continued evolution of drug resistance in an HIV-1- infected infant. *J Infect Dis*, 2001. 18(11):1688-93.
114. Cohan D, Feakins C, Wara D, et al. Perinatal transmission of multidrug-resistant HIV-1 despite viral suppression on an enfuvirtida-based treatment regimen. *AIDS*, 2005. 19(9):989-90.
115. Eshleman SH, Mracna M, Guay LA, et al. Selection and fading of resistance mutations in women and infants receiving nevirapine to prevent HIV-1 vertical transmission (HIVNET 012). *AIDS*, 2001. 15(15):1951-7. therapy. *Pediatr Infect Dis J*, 2005. 24(4):352-7.
116. Menson EN, Walker AS, Sharland M, et al. Underdosing of antiretrovirals in UK and Irish children with HIV as an example of problems in prescribing medicines to children, 1997- 2005: cohort study. *BMJ*, 2006. 332(7551):1183-7.
117. Amaya RA, Kozinetz CA, McMeans A, Schwarzwald H. Lipodystrophy síndrome in human immunodeficiency virus-infected children. *Ped Infect Dis J*. 2002; 21: 405- 410.
118. Leonard EG, McComsey GA. Metabolic complications of antiretroviral therapy in children. *Ped Infect Dis J*, 2003. 22(1):77-84.
119. http://img.thebody.com/hivatis/pdfs/pregnancy_guide.pdf . Safety and Toxicity of Individual Antiretroviral Agents in Pregnancy.
120. Temple ME, Koranyi KI, Nahata MC. Lipodystrophy in HIV-infected pediatric patients receiving protease inhibitors. *Ann Pharmacother*, 2003. 37(9):1214-8.
121. Nielsen . Newly Identified Complications of Pediatric Antiretroviral Therapy in Children. 11th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections. February 8-11, 2004, San Francisco California.
122. Gafni RI, Hazra R, Reynolds JC, Maldarelli F, Tullio AN, DeCarlo E, Worrel CJ, Flaherty JF, Yale K, Kearney BP, Zeichner SL. Tenofovir Disoproxil Fumarate and an Optimized Background Regimen of Antiretroviral Agents as Salvage Therapy: Impact on Bone Mineral Density in HIV-Infected Children. *Pediatrics*. 2006; 118: e711-e718.
123. CDC. Serious adverse events attributed to nevirapine regimens for post-exposure prophylaxis after HIV exposures - worldwide, 1997-2000. *MMWR*, 2001. 49(51):1153-6
124. Vigano A, Schneider L, Giacomet V, et al. Efficacy and tolerability of multiple drug therapy in HIV-infected children. *J Infect*, 2005. 50(5):404-11. Stevens RC, Rodman JH, Yong FH, et al.
125. Effect of food and pharmacokinetic variability on didanosine systemic exposure in HIV- infected children. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 144 Study Team. *AIDS Res Hum Retroviruses*, 2000. 16(5):415-21. 197.
126. Storm DS, Boland MG, Gortmaker SL, et al. Protease inhibitor combination therapy, severity of illness, and quality of life among children with perinatally acquired HIV-1 infection. *Pediatrics*, 2005. 115(2):e173-82.
127. Sohn AH and Ananworanich J. How can we simplify antiretroviral therapy in children ?. *Curr Opin HIV AIDS*. 2007; 2: 426-430.
128. Lindsey JC, Moye J, e t al. Growth of human immunodeficiency virus-infected children receiving highly active antiretroviral therapy. *Pediatr Infect Dis J*, 2005. 24(4):352-7.
129. Chiriboga CA, Fleishman S, Champion S, et al. Incidence and prevalence of HIV encephalopathy in children with HIV infection receiving highly active anti-retroviral therapy (HAART). *J Pediatr*, 2005. 146:402-7.
130. Shanbhag MC, Rutstein RM, Zaoutis T, et al. Neurocognitive functioning in pediatric human immunodeficiency virus infection: effects of combined therapy. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2005. 159:651-6
131. Spector SA, Hsia K, Yong FH, et al. Patterns of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA response to highly active antiretroviral therapy in infected children. *J Infect Dis*, 2000. 182(6):1769-73.

132. Soh CH, Oleske JM, Brady MT, et al. Long-term effects of protease-inhibitor-based combination therapy on CD4 T-cell recovery in HIV-1-infected children and adolescents. *Lancet*, 2003. 362:2045-51.
133. Mofenson LM, Oleske J, Serchuck L, et al. Treating opportunistic infections among HIV-exposed and infected children: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*, 2005. 40(Suppl 1):S1-S84.
134. Gona P, van Dyke R, Williams PL, et al. Incidence of opportunistic and other infections in HIV-infected children in the HAART era. *JAMA*, 2006. 296(3):292-300.
135. Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health, and HIV Medicine Association of the Infectious Disease Society of America. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-Exposed and Infected Children: MMWR, 2008, June, 20, 1-254 , último MMWR 2009, August, 166, en <http://AIDSinfo.nih.gov>.
136. van Rossum AM, Scherpbier HJ, van Lochem EG, et al. Therapeutic immune reconstitution in HIV-1-infected children is independent of their age and pretreatment immune status. *AIDS*, 2001. 15(17):2267-75.
137. Nikolic-Djokic D, Essajee S, Rigaud M, et al. Immunoreconstitution in children receiving highly active antiretroviral therapy depends on the CD4 cell percentage at baseline. *J Infect Dis*, 2002. 185(3):290-8.
138. Galli L, de Martino M, Tovo PA, et al. Predictive value of the HIV paediatric classification system for the long-term course of perinatally infected children. *Int J Epidemiol*, 2000. 29(3):573-8.
139. Nuttall JJ, Wilmshurst JM, Ndondo AP, et al. Progressive multifocal leukoencephalopathy after initiation of highly active antiretroviral therapy in a child with advanced human immunodeficiency virus infection: a case of immune reconstitution inflammatory syndrome. *Pediatr Infect Dis J*, 2004. 23(7):683-5.
140. Tangsinmankong N, Kamchaisatian W, Lujan-zilbermann J, et al. Varicella zoster as a manifestation of immune restoration disease in HIV-infected children. *J Allergy Clin Immunol*, 2004. 113(4):742-6.
141. Kovacs A, Montepiedra G, Carey V, et al. Immune reconstitution after receipt of highly active antiretroviral therapy in children with advanced or progressive HIV disease and complete or partial viral load response. *J Infect Dis*, 2005. 192(2):296-302.
142. Puthanakit T, Oberdorfer P, Akarathum N, et al. Immune reconstitution syndrome after highly active antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus-infected thai children. *Pediatr Infect Dis J*, 2006. 25(1):53-8.
143. Mehta U, G M. Is it safe to switch between efavirenz and nevirapine in the event of toxicity? *Lancet Infect Dis*, 2007. 7(11):733-8.
144. Fraaij PL, Rakhmanina N, Burger DM, de Groot R. Therapeutic drug monitoring in children with HIV/AIDS. *Ther Drug Monit*, 2004. 26(2):122-6.
145. Mofenson LM, Korelitz J, Meyer WA, et al. The relationship between serum human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) RNA level, CD4 lymphocyte percent, and long-term mortality risk in HIV-1-infected children. National Institute of Child Health and Human Development Intravenous Immunoglobulin Clinical Trial Study Group. *J Infect Dis*, 1997. 175(5):1029-38.
146. Shearer WT, Quinn TC, LaRussa P, et al. Viral load and disease progression in infants infected with human immunodeficiency virus type 1. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med*, 1997. 336(19):1337-42.
147. Palumbo PE, Raskino C, Fiscus S, et al. Predictive value of quantitative plasma HIV RNA and CD4+ lymphocyte count in HIV-infected infants and children. *JAMA*, 1998. 279(10):756-61.
148. Servais J, Hainaut M, Schmitz V, et al. Resistance testing in children changing human immunodeficiency virus type 1 protease inhibitor. *Pediatr Infect Dis J*, 2002. 21:214-20.
149. Cohen NJ, Oram R, Elsen C, Englund JA. Response to changes in antiretroviral therapy after genotyping in human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatr Infect Dis J*, 2002. 21:647-53.

150. Badolato R, Schumacher RF, Rodella E, et al. Genotyping for guiding drug choice in human immunodeficiency virus-infected children failing multiple antiretroviral treatment regimens. *Pediatr Infect Dis J*, 2005. 24:747-9.
151. Rutstein RM, Gebo KA, Flynn PM, et al. Immunologic function and virologic suppression among children with perinatally acquired HIV infection on highly active antiretroviral therapy. *Med Care*, 2005. 43(9 Suppl):III15-22.
152. Resino S, Resino R, Micheloud D, et al. Longterm effects of highly active antiretroviral therapy in pretreated, vertically HIV type 1- infected children: 6 years of follow-up. *Clin Infect Dis*, 2006. 42(6):862-9.
153. Resino S, Alvaro-Meca A, de Jose MI, et al. Low immunologic response to highly active antiretroviral therapy in naive vertically human immunodeficiency virus type 1-infected children with severe immunodeficiency. *Pediatr Infect Dis J*, 2006. 25(4):365-8.
154. de Martino M, Galli L, Moriondo M, et al. Dissociation of responses to highly active antiretroviral therapy: Notwithstanding virologic failure and virus drug resistance, both CD4 + and CD8 + T lymphocytes recover in HIV-1 perinatally infected children. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2001. 26(2):196-7.
155. Eshleman SH, Krogstad P, Jackson JB, et al. Analysis of human immunodeficiency virus type 1 drug resistance in children receiving nucleoside analogue reverse-transcriptase inhibitors plus nevirapine, nelfinavir, or ritonavir (Pediatric AIDS Clinical Trials Group 377). *J Infect Dis*, 2001. 183:1732-8.
156. Saez-Llorens X, Nelson RP Jr, Emmanuel P, et al. A randomized, double-blind study of triple nucleoside therapy of abacavir, lamivudine, and zidovudine versus lamivudine and zidovudine in previously treated human immunodeficiency virus type 1-infected children. The CNA3006 Study Team. *Pediatrics*, 2001. 107(1): The CNA3006 Study Team. *Pediatrics*, 2001. 107(1):E4.
157. Grace McComsey, Nasreen Bhumbra, Jen-Fu Ma, Mobeen Rathore and Ana Alvarez. Impact of Protease Inhibitor Substitution With Efavirenz in HIV-Infected Children: Results of the First Pediatric Switch Study. *Pediatrics* 2003;111:e275-e281.
158. Borkowsky W, Stanley K, Douglas SD, et al. Immunologic response to combination nucleoside analogue plus protease inhibitor therapy in stable antiretroviral therapy-experienced human immunodeficiency virus-infected children. *J Infec Dis*, 2000. 182(1):96-103.
159. Ramos JT, De Jose MI, Duenas J, et al. Safety and antiviral response at 12 months of lopinavir/ritonavir therapy in human immunodeficiency virus-1-infected children experienced with three classes of antiretrovirals. *Pediatr Infect Dis J*, 2005. 24(10):867-73.
160. Resino S, Bellon JM, Munoz-Fernandez MA, et al. Antiretroviral activity and safety of lopinavir/ritonavir in protease inhibitor-experienced HIV-infected children with severe-moderate immunodeficiency. *J Antimicrob Chemother*, 2006. 57(3):579-82.
161. Rudin C, Burri M, Shen Y, Rode R, Nadal R. Long-Term Safety and Effectiveness of Ritonavir, Nelfinavir, and Lopinavir / Ritonavir in Antiretroviral- Experienced HIV-Infected Children. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27: 1-7
162. Jankelevich S, Mueller BU, Mackall CL, et al. Long-term virologic and immunologic responses in human immunodeficiency virus type 1-infected children treated with indinavir, zidovudine, and lamivudine. *J Infec Dis*, 2001. 183(7):1116-20.
163. Galan I, Jimenez JL, Gonzalez-Rivera M, et al. Virological phenotype switches under salvage therapy with lopinavir-ritonavir in heavily pretreated HIV-1 vertically infected children. *AIDS*, 2004. 18(2):247-55.
164. Ananworanich J, Kosalaraksa P, Hill A, et al. Pharmacokinetics and 24-week efficacy/safety of dual boosted saquinavir/lopinavir/ritonavir in nucleoside-pretreated children. *Pediatr Infect Dis J*, 2005. 24(10):874-9.
165. Church JA, Cunningham C, Hughes M, Palumbo P, Mofenson L, Delora P, Smith E, Wiznia A, Purdue L, Hawkins E and Sista P for the PACTG P 1005 Study Team. Safety and antiretroviral activity of chronic subcutaneous administration of T-20 in human immunodeficiency virus 1-infected children. *Pediatr Infect Dis J*. 2002; 21:653-9.

166. Church JA, Hughes M, Chen J, et al. for the Pediatric AIDS Clinical Trials Group P1005 Study Team. Long-term tolerability and safety of enfuvirtide for human immunodeficiency virus 1-infected children. *Pediatr Infect Dis J*, 2004. 23(8):713-8.
167. Hazra R, Balis FM, Tullio AN, et al. Single-dose and steady-state pharmacokinetics of tenofovir disoproxil fumarate in human immunodeficiency virus-infected children. *Antimicrob Agents Chemother*, 2004. 48(1):124-9.
168. Hazra R, Gafni RI, Maldarelli F, Balis F, Tullio AN, DeCarlo E, Worrel CJ, Steinberg SM; Flaherty JF, Yale K, Kearney BP, Zeichner SL. Tenofovir Disoproxil Fumarate and an Optimized Background Regimen of Antiretroviral Agents as Salvage Therapy for Pediatric HIV Infection. *Pediatrics*, 2005. 116(6):e846-54.
169. Bologna R, Rugina S, Cahn p, et al. Safety and efficacy of darunavir co-administered with low dose ritonavir in treatment-experienced children and adolescent an week 24 (DELPHI trial). Program and abstract of the 15th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections; February 3-6, 2006; Boston, Massachusetts, Abstrac 78LB
170. Spinoza-Guzman S, Sekar VJ, Van Baelen B, et al. Dose selection of darunavir co-administered with low-dose ritonavir in treatment-experienced HIV-1-infected children and adolescents. Presented in the 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Sidney Australia, 22-25 July 2007
171. Blanche S, Bologna R, Cahn P, Rugina S, Flynn P, Fortuny C, Vis P, Sekar V, Van Baelen B, Spinoza-Guzman S. 48-week Safety and Efficacy of Darunavir / ritonavir (DRV7r) in Treatment-Experienced Children and Adolescent in DELPHI. Presented in 48th Annual ICAAC / IDSA 46th Annual Meeting. Washington DC, 25-28 October, 2008 (H-894).
172. Monika Schöller-GGüre, Thomas N Kakuda, Rodica M Van Solingen-Ristea, Cindy Berckmans, Goedele De Smedt, Monika Peeters, Lorant Leopold, Richard MW Hoetelmans. Bioavailability of the 100mg etravirine tablet dispersed in water and of the 25mg pediatric tablet formulation.. Presented at the VII th International AIDS Conference, Mexico City, Mexico, August 3-8 2008 (MOPE0184).
173. Kakuda Th N, Königs Chr, Feiterna-Sperling C, Viscoli C, Rosso R, Sinha R, Peeters I, Peeters M, Janssen K, Hoetelmans R MW, Boven K. Pharmacokinetics of the next-generation NNRTI etravirine (ETR; TMC125) in HIV-infected children between 6 and 17 years, inclusive. Presented at the 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA, USA, February 3-6 2008.
174. E Acosta, A Wiznia, S Nachman, H Teppler, M Long, B Homony, E Handelsman, C Worrell, T Fenton, E Sheeran. Raltegravir (RAL) Pharmacokinetics (PK) in Adolescents: Preliminary Results from IMPAACT Protocol 1066. Poster P8. 9th International Workshop on Clinical Pharmacology of HIV Therapy. New Orleans, LA, April 7-9, 2008.
175. Campbell TB, Shulman NS, Johnson SC, et al. Antiviral activity of lamivudine in salvage therapy for multidrug-resistant HIV-1 infection. *Clin Infect Dis*, 2005. 41(2):236

GRUPO DE TRABAJO

Los siguientes profesionales aportaron a la elaboración de este capítulo de la guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

Elba Wu H	Médico, Pediatra, Infectólogo, Sociedad Chilena de Pediatría Presidenta Comité Nacional de SIDA Pediátrico (SOCHIPE) de Sociedad Chilena de Pediatría Fac. Medicina, Pediatría, Hospital San Juan de Dios
Carmen Larrañaga.L	Médico, Pediatra, Virólogo Sociedad Chilena de Pediatría Secretaria Comité Nacional de SIDA Pediátrico de Sociedad Chilena de Pediatría. Virología, Facultad de Medicina de Universidad de Chile
EU Sra. Gloria Berrios	Enfermera Universitaria Encargada Área Atención Integral Comisión Nacional del SIDA DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública
EU Sra. Edith Ortiz	Egresada de Magíster en Políticas Públicas en Salud , U de Chile Coordinadora Ejecutiva Comisión Nacional del SIDA (2005-2008) DIPRECE Subsecretaría de Salud Pública
Dr Anibal Hurtado	Médico-cirujano, Dermatólogo Instructor Facultad de Medicina U. De Chile Socio titular, Sociedad Chilena de Dermatología Servicio de Dermatología Hospital del Salvador Coordinador Ejecutivo Comisión Nacional del SIDA DIPRECE. Subsecretaría Salud Pública

Previo a su publicación, la guía fue sometida además a revisión por:

Dra Anamaría Peña,	Médico Encargado Programa VIH/SIDA Hospital Sótero del Río,Servicio de Salud Metropolitano Sur
Dra María Isabel Galaz Letelier	Médico Encargado Programa VIH/SIDA del Hospital Roberto del Río, Servicio de Salud Metropolitano Norte

ANEXO COMPLEMENTARIO 6

**COMISION NACIONAL DEL SIDA
MINISTERIO DE SALUD**

INDICE	Página
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. ANTECEDENTES.....	3
III. GARANTIAS EXPLICITAS EN VIH/SIDA.....	5
IV. IMPLEMENTACION DE GES EN VIH/SIDA.....	7
V. ABASTECIMIENTO DE ARV.....	8
VI. SISTEMA DE DISTRIBUCION DE ARV.....	9
VII. MANEJO Y CONTROL DE STOCK DE ARV.....	10
VIII.- PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN CONTROL ACTIVO EN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.....	11
IX.- PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN SIST. PUBLICO DE SALUD.....	13

I. INTRODUCCIÓN.

En este documento se describen las diferentes etapas del proceso relacionado con las Garantías Explícitas en VIH/SIDA, los procedimientos para su implementación, la Guía Clínica, en la que se basa la atención a las PVVIH-que incluye los protocolos de TARV para adultos, niños y Prevención de la Transmisión Vertical, la compra, distribución y control de stock de antirretrovirales y los resultados alcanzados en el contexto del cumplimiento de la Ley 19.966 (GES).

II.- ANTECEDENTES

La Ley 19.966 “Del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud”, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen General de Prestaciones de Salud.

El Régimen General de Garantías contiene Garantías Explícitas en Salud (GES) relacionadas con Acceso, Calidad, Protección Financiera y Oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones de problemas de salud priorizados, los que se especifican en Decreto Supremo vigentes.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) o las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

Las Garantías Explícitas en Salud, son un derecho para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante FONASA; ISAPRES o la Superintendencia de Salud.

Las ISAPRES están obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección.

El Ministerio de Salud dicta las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios, tales como estándares de atención, tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Las normas e instrucciones generales deben ser de conocimiento público.

Las Garantías Explícitas en Salud son elaboradas por el Ministerio de Salud, y deben ser aprobadas por Decreto Supremo por los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Las Garantías establecidas en la Ley son las siguientes

- a) **Garantía Explícita de Acceso:** Obligación de FONASA y de las ISAPRES de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a sus beneficiarios, en la forma y condiciones que determine el Decreto Supremo vigente.
- b) **Garantía Explícita de Calidad:** Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, en la forma y condiciones que determine el Decreto Supremo vigente.
- c) **Garantía Explícita de Oportunidad:** Es el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto vigente. Este plazo considerará a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponde en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por FONASA o la ISAPRE, cuando no hubiere sido atendido por el primer prestador. No se entenderá que hay incumplimiento de las garantías, en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) **Garantía Explícita de Protección Financiera**:- La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen. Dicho arancel se explicita en los Decretos Supremos

FONASA, deberá cubrir el valor total de las prestaciones a sus afiliados en los niveles A y B, y podrá ofrecer una cobertura mayor a las personas pertenecientes a los niveles C y D, de acuerdo a las normas establecidas en Título IV de la Ley 18.469 **En el contexto del título IV de la Ley 18.469 las prestaciones garantizadas a las personas que viven con VIH/SIDA beneficiarias de FONASA son gratuitas.**

El Régimen General de Garantías en Salud, considera además el Examen de Medicina Preventiva constituido por un plan de monitoreo y evaluación de salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de disminuir la morbimortalidad, debida a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, y que han sido definidas como prioritarias desde el punto de vista sanitario.

Sólo se consideran en el examen de medicina preventiva, aquellas enfermedades para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana.

III.- GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD EN VIH SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, está considerado en la Ley 19.966 , garantizando el acceso a tratamiento antirretroviral y los exámenes de monitoreo Linfocitos CD4, Carga Viral y Test de Resistencia Genética:

Las garantías señaladas se otorgan personas adultas (18 años y más), a niños (menores de 18 años), y al binomio madre-hijo en el caso de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.

En el Examen de Medicina Preventiva, está garantizada la detección precoz del VIH en todas las embarazadas, con el propósito de acceder en forma oportuna al Protocolo de Prevención de Transmisión Vertical.

Se detalla a continuación las garantías establecidas en VIH/SIDA, y especificadas en Decreto Supremo Nº 44, el que entró en vigencia el 1º de Julio de 2007, y por lo tanto corresponde al período informado en el presente informe.

a) **Garantía Explícita de Acceso a Tratamiento Antirretroviral** El acceso a Tratamiento Antirretroviral (TARV) está considerado con las siguientes especificaciones:

- Beneficiario con diagnóstico confirmado y que cumpla con los criterios de inclusión establecidos en Guía Clínica de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana y Decreto Supremo
- **Inicio Precoz:** Personas que viven con VIH (PVVIH) que presenten CD4 igual o menor de 100 cel/mm³ tendrán derecho a recibir TARV con esquemas de primera línea.
- **Inicio No Precoz:** PVVIH con CD4 mayor de 100 cél/mm³, tendrán derecho a recibir TARV con esquemas de primera línea.
- **Cambio Precoz:** PVVIH que presenten reacciones adversas grado IV, tendrán derecho a recibir TARV con esquemas de segunda línea.
- **Cambio No precoz:** PVVIH que presenten reacciones adversas a los ARV grados I, II o III, o fracaso a ARV que está usando, tendrán derecho a cambio de tratamiento con esquemas de tercera línea.

- **Continuación de Tratamiento:** PVVIH que está recibiendo TARV y por primera vez ingresa al sistema público o privado de salud, tendrá derecho a continuarlo en la medida que haya cumplido con los criterios de inicio o cambio de TARV.
- **Prevención de la Transmisión Vertical:** Incluye el inicio o cambio de TARV durante el embarazo, parto y al recién nacido.
- **Exámenes:** Las PVVIH tendrán acceso a exámenes de CD4, Carga Viral y las personas que presentan fracaso virológico a tratamiento, tienen acceso a exámenes de Genotipificación o Test de Resistencia Genética, previo al cambio de esquema.

Garantía Explícita de Oportunidad: Son plazos máximos establecidos por Ley, para que las PVVIH accedan a sus TARV son:

- **Inicio Precoz:** Con esquemas de primera línea dentro de 7 días desde la indicación médica.
- **Inicio No Precoz:** Con esquemas de primera línea dentro de 35 días desde la indicación médica
- **Cambio Precoz:** Con esquemas de segunda línea dentro de 7 días desde la indicación médica.
- **Cambio No Precoz:** Con esquemas de segunda o tercera línea dentro de 35 días desde la indicación médica. Se usa esquema de segunda línea cuando el cambio se origina por reacciones adversas a alguno de los ARV que está usando la persona; esquemas de tercera línea cuando el cambio obedece a fracaso virológico.
- **Prevención de Transmisión Vertical en Embarazadas:** Inicio a contar de semana 24 de gestación o al momento del diagnóstico si éste ocurriera después.
- **Prevención de Transmisión Vertical en el Parto:** Inicio de ARV 4 horas antes de la cesárea programada o al inicio del trabajo de parto, si éste es vaginal.
- **Prevención de Transmisión Vertical en el Recién Nacido:** Inicio a partir de las 8-12 horas desde el nacimiento.
- Cambio de esquemas en embarazadas que se encuentran en TARV, dentro de 3 días, a partir de la indicación médica.

Garantía Explícita de Protección Financiera: En el Decreto Supremo se establece un copago del 20%, para las prestaciones garantizadas, y se especifican por esquemas de tratamiento, si son para adultos, niños, o prevención de la transmisión vertical o si se trata de los exámenes de monitoreo.

En el Sistema Público de Salud, para los beneficiarios de FONASA, tanto los tratamientos como los exámenes son gratuitos. El Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo establecido en el título IV de la Ley 18.469 ha decidido otorgar la gratuitad a la totalidad de los beneficiarios(as), independientemente del tramo según ingreso (A, B, C o D), en que se encuentre cada usuario(a).

IV.- IMPLEMENTACION DE GES EN VIH/SIDA

Garantía Explícita de Calidad: Aún no entra en vigencia

Considerando que existen pocos médicos especialistas en VIH/SIDA en el país, que la mayor experiencia de manejo de ARV se concentra en los equipos de atención de la Región Metropolitana (dada la mayor prevalencia de la infección), la Comisión Nacional del SIDA, consideró necesario establecer el siguiente procedimiento para optimizar el uso de los antiretrovirales, favoreciendo el uso racional de los mismos.

- Constitución de un Comité Científico Asesor, compuesto por médicos infectólogos e inmunólogos del Sistema Público y Privado de Salud e integrantes de Sociedad Chilena de Infectología, de Inmunología y de Pediatría, todos(as) con amplia experiencia en el manejo del Tratamiento Antirretroviral, en establecimientos de la Región Metropolitana.

- Elaboración de una Solicitud de Inicio y Cambio de TARV, que contiene datos de identificación, antecedentes clínicos, inmunológicos, virológicos, antecedentes de uso y efectos adversos de ARV y de adherencia a tratamientos previos
- Implementación de Bases de Datos simples en Excel, para el registro de ingreso de solicitudes de TARV, y para el registro del envío de sugerencias de TARV, lo que permite monitorear los tiempos de respuestas a las solicitudes de TARV.
- Implementación de Bases de Datos simples en Excel, para el registro de PVVIH con TARV asignada por el CCA.

Los médicos tratantes del país envían las solicitudes de inicio y/o cambio de TARV a CONASIDA, las que son evaluadas por el Comité Científico Asesor (CCA), quienes emiten la sugerencia de TARV de acuerdo a las necesidades particulares de cada persona que lo requiere. Para ello, el Comité Científico Asesor se reúne en forma periódica en CONASIDA, donde profesionales del Programa les presentan las solicitudes de TARV, con los antecedentes previos que existen de cada usuario en CONASIDA.

En los casos de inicio y cambio precoz, así como en casos particulares de embarazadas, los médicos tratantes inician o cambian las TARV dentro de los 7 o 3 días establecidos en GES, posteriormente envían la solicitud de TARV para su revisión por CCA. Con el propósito de dar cumplimiento a las garantías de oportunidad, se han establecido tiempos máximos de respuesta desde el Comité Científico Asesor a los equipos de atención (Inicio y Cambio Precoz, 15 días; inicio y cambio no precoz, 28 días). Una vez que los Centros de Atención reciben las sugerencias, tienen 7 días para entregar los ARV a los usuarios.

Es necesario señalar, que la Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, contiene las evidencias científicas en relación a antecedentes clínicos, inmunológicos, virológicos de la atención a PVVIH, los criterios de inclusión y cambios de tratamientos; estos antecedentes científicos sustentan las Garantías de Acceso y Oportunidad de TARV explicitadas en la Ley 19.966.- Asimismo la Guía Clínica contiene los Protocolos de Tratamiento para Adultos, Niños y Prevención de la Transmisión Vertical.

Las evidencias científicas nacionales provienen principalmente del Estudio de Cohorte Evaluación de Impacto de TARV.

V.- ABASTECIMIENTO DE ANTIRETROVIRALES.

Las compras de Antirretrovirales se realizan a través de la Central de Abastecimiento del Servicio Nacional de Salud (CENABAST) De acuerdo a la Ley de compras existen dos modalidades de:

- A) Licitación Pública: En aquellos medicamentos que tienen Registro Sanitario de más de un proveedor o Compañía Farmacéutica
- B) Compras por Trato Directo: En aquellos casos en que existe Registro Sanitario para un solo proveedor o Compañía Farmacéutica

Para ello, CONASIDA se realiza un Plan de Compras de Antirretrovirales que considera los siguientes aspectos:

- Período de tiempo que cubrirá la compra
- Estimación de personas que recibirán TARV durante el período.
- Estimación de consumo de ARV de acuerdo a los esquemas terapéuticos.
- % de cambio de ARV por Toxicidad
- % de cambio de ARV por Fracaso a Tratamiento
- Stock de ARV disponibles en Farmacias de Hospitales y Bodegas de Almacenamiento de Compañías Farmacéuticas
- Cuantificación de necesidades para Stock Crítico

- Período de tiempo que durará el proceso de licitación, hasta que los ARV estén disponibles para su distribución a los Centros de Atención.

Definidas las necesidades se envía un oficio desde la Subsecretaría de Salud Pública a Director de FONASA, solicitando la compra de ARV, las presentaciones farmacéuticas de cada ARV, las cantidades y los requisitos técnicos de cada ARV y las fechas de entrega requerida.

FONASA, solicita refrendación presupuestaria al Departamento de Presupuesto de MINSAL, y envía a CENABAST oficio solicitando la compra de medicamentos junto a la refrendación presupuestaria

CENABAST elabora las Bases Técnicas de la Licitación, y previa revisión de los requisitos técnicos por parte de CONASIDA, inicia el proceso de licitación o compra por trato directo en aquellos casos de monoproveedores, a través del portal Chilecompra. Las propuestas son evaluadas desde el punto de vista admisibilidad , técnico y financiero por CENABAST. CONASIDA de acuerdo a los antecedentes que entrega la entidad responsable de licitación emite una evaluación técnica. Con estas evaluaciones se presentan las propuestas a la Comisión de Adquisiciones de CENABAST que tiene la responsabilidad de adjudicar las propuestas.

Es importante señalar, que con el propósito de resguardar la seguridad y eficacia de los medicamentos, además del Registro Sanitario vigente, en las bases de licitación se incorporan requisitos que avalen la condición de equivalente terapéutico o la bioequivalencia de los fármacos, aplicándose para ello lo dispuesto en Norma que define los criterios destinados a establecer equivalencia terapéutica a productos farmacéuticos en Chile, aprobada por Resolución N° 727 del 14/11/2005. Dicho certificado debe haber sido emitido por alguna de las entidades listadas a continuación:

- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Agencia Europea de Medicamentos (EMEA)
- Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (FDA),
- Dirección general de medicamentos del Ministerio de Salud de Canadá,
- Agencia Española de medicamentos del Ministerio de Sanidad y consumo,
- Instituto Nacional Japonés de Ciencias de la Salud,
- Agencia para el control de medicamentos del Reino Unido(MCA),
- Agencia de productos medicamentosos de Suecia (MPA)
- Agencia de productos medicamentosos de Suiza (SWISS MEDIC)

La certificación presentada por el proveedor deberá corresponder exactamente al producto ofertado en cuanto a su planta de fabricación y certificación de equivalente terapéutico o de producto bioequivalente. Con este requisito, a las PVVIH y a los médicos tratantes les dá seguridad los ARV genéricos que se han ido incorporando al Programa, lo que ha permitido disminuir el gasto en ARV

CENABAST realiza directamente en las dependencias del proveedor la certificación de disponibilidad del producto, lo anterior previo a la revisión del boletín de análisis de control de calidad emitido en país de origen y boletín de análisis de control de calidad realizado por un laboratorio autorizado en Chile (DSNº 1876/1995 art 67), así mismo verifica que los medicamentos corresponden en su presentación y fabricación a los adjudicados. Solo cuando CENABAST ha emitido el acta de “Acta de Recepción N° XX/XX”, se pueden distribuir los medicamentos

VI.- SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE ARV

CONASIDA elabora listados de distribución de ARV y los envía a las compañías farmacéuticas, entidades que, con Guías de Despacho, distribuyen estos medicamentos a las Farmacias de los Centros de Atención o del Servicio de Salud. En dichas farmacias hay un Químico Farmacéutico responsable de la recepción, almacenamiento, rotación, rebaja de stock y dispensación de medicamentos.

En lo formal y legal, los/as Químicos Farmacéuticos deben entregar a las compañías farmacéuticas, las Guías de Despacho debidamente firmadas, lo que acredita la recepción conforme de los medicamentos, éstas Guías de Despacho el proveedor debe presentarla en la Central de Abastecimiento (CENABAST), para su revisión y cancelación

Paralelamente CONASIDA solicita que desde las farmacias de los hospitales, envíen las Guías de Despacho o un Formulario de Recepción de ARV, diseñado especialmente para comprobar en forma oportuna que están recibiendo las cantidades indicadas por CONASIDA

Cada farmacia tiene su sistema de registro de la recepción, rebaja de stock y de dispensación de los ARV.

La distribución de cada ARV, se realiza de acuerdo al stock disponible en cada farmacia, al período de tiempo que cubrirá y estimación de los requerimientos de cada fármaco en cada Centro de Atención. Se toma como línea basal el consumo de cada ARV, por Servicio de Salud al momento de hacer la distribución.

VII.- MANEJO Y CONTROL DE STOCK DE ANTIRETROVIRALES

Para el monitoreo de los ARV, y para llevar un manejo de los ARV a nivel nacional, se ha establecido un procedimiento que incluye los siguientes aspectos:

- Red de Químicos Farmacéuticos (Q.F.): En cada Servicio de Salud hay una Farmacia que almacena los ARV, y es el lugar donde se dispensan. Hay un/a profesional Químico Farmacéutico responsable de los Antiretrovirales
- En las farmacias tienen normativas y procedimientos para el almacenamiento, dispensación, registros de ingreso, egreso de los medicamentos, rotación de stock y rebaja de stock .
- Comunicación continua vía oficial, o por teléfono, fax o correo electrónico entre Químico Farmacéutico de CONASIDA y los/as profesionales responsables de los ARV del sistema Público de Salud.
- Capacitación continua a Q.F. en gestión y aspectos técnicos relacionados con ARV y Atención Integral a PVVIH.
- Elaboración de un formulario de stock de ARV.

Cada 2 meses las/os QF de los Centros de Atención, envían a CONASIDA el Formulario de Stock de Antirretrovirales, en el que se consigna frente a cada presentación farmacéutica, las cantidades expresadas en número de frascos, la fecha de vencimiento, y el consumo promedio de cada ARV de los 2 meses que se informan.

Estos antecedentes son revisados por la Q.F. de CONASIDA, quién los analiza y solicita la transferencia a otro centro de atención si hay fechas de vencimiento próximas de algún ARV, con esto se evitan las pérdidas por próximo vencimiento. El análisis de estos informes permite evaluar los stock en cada Servicio de Salud y realizar las distribuciones necesarias.

Asimismo, se contrasta el consumo promedio con la información disponible en CONASIDA, que proviene de las sugerencias de TARV.

VIII.- PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN CONTROL ACTIVO EN SISTEMA PUBLICO DE SALUD

La frecuencia con que son citadas las PVVIH para sus controles depende de las condiciones de salud, del compromiso virológico, inmunológico y la situación en que se encuentran respecto a los ARV. A modo de ejemplo, se puede mencionar que si una persona ha ingresado a TARV en forma reciente, los controles son mensuales, lo que permite evaluar la tolerancia, la adherencia, la presencia de reacciones adversas, entre otros aspectos. Si una persona ha logrado tolerar adecuadamente los ARV, la CV es indetectable y en general está en buenas condiciones de salud los controles son mas espaciados pudiendo ser cada 6 meses. Es decir, la evaluación y la periodicidad de los controles se hace caso a caso.

En este contexto, se define control activo a las personas que han asistido a lo menos a 1 control en los últimos 6 meses, de acuerdo a la citación realizada por el equipo de salud.

Al 30 de Junio de 2009, había 13.411 personas adultas en control activo en el Sistema Público de Salud lo que se presenta, detallado por Servicio de Salud, en Tabla Nº 1.

IX.- PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN SISTEMA PUBLICO DE SALUD

Para recibir tratamiento antirretroviral en el Sistema Público de Salud, las PVVIH deben reunir los criterios de inclusión establecidos en la Guía Clínica y respaldados por Ley 19.966 a través del Decreto Supremo vigente.

Ello implica que las PVVIH deben controlarse en un Centro de Atención del Sistema, deben tener la confirmación de su seropositividad por el ISP, ser beneficiario de FONASA y presentar las condiciones de salud establecidas en las Garantías Explícitas de Acceso.

El médico tratante extiende la receta con los ARV indicados y el usuario acude a Farmacia del Centro a retirar sus medicamentos.

Frente a posibles incumplimientos de las garantías mencionadas, los(as) usuarios(as) tienen a su disposición las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) existentes en los establecimientos de cada Servicio de Salud, donde pueden plantear su reclamo por incumplimiento de las Garantías que establece la Ley. En FONASA, entidad responsable del cumplimiento de GES en Sistema Público de Salud también existen OIRS donde los usuarios pueden hacer sus reclamos con plazos establecidos para resolver cada situación planteada a este sistema. Como control social existen las Agrupaciones de Personas que viven con VIH/SIDA y a nivel nacional VIVO POSITIVO, que acoge los reclamos de las PVVIH.

Desde que GES entró en vigencia, ha existido la disponibilidad de antirretrovirales en los 27 Servicios de Salud del país, y no se ha recibido ningún reclamo por incumplimiento de las garantías explicitadas en la Ley a través de los canales establecidos.

Al 30 de Junio de 2009, un total de 10.006 PVVIH adultas recibían TARV en el Sistema Público de Salud lo que se presenta, detallado por Servicio de Salud, en Tabla Nº 1.

Desde los Centros de Atención informan a CONASIDA los “Cierre de Casos” ya sea por abandonos a tratamientos y las defunciones. Adicionalmente se realiza una vez al año un pareo con base de datos de defunciones notificadas al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Del total de personas adultas en control activo (13.411), el 75% reciben TARV (10.006) al 30 de junio de 2009.

TABLA N° 1
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA, EN CONTROL ACTIVO Y
Nº DE PERSONAS CON VIH/SIDA QUE RECIBE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL,
POR SERVICIO DE SALUD, EN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD
JUNIO 2009

SERVICIO DE SALUD	PVVIH EN CONTROL ACTIVO AL 30/06/2009	PVVIH QUE RECIBE TARV AL 30/6/2009
ARICA	300	200
IQUIQUE	290	200
ANTOFAGASTA	430	265
ATACAMA	139	105
COQUIMBO	400	270
ACONCAGUA	160	125
VALPO-SAN ANTONIO	680	444
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA	640	500
M. NORTE	927	805
M. CENTRAL	1.776	1409
M. OCCIDENTE	1.064	683
M. ORIENTE	1.584	1213
M. SUR ORIENTE	1.104	913
M. SUR	1.203	944
OHIGGINS	305	187
MAULE	398	350
ÑUBLE	126	102
CONCEPCION	639	414
TALCAHUANO	164	140
BIO-BIO	70	43
ARAUCANIA SUR	333	245
VALDIVIA	156	120
OSORNO	162	84
RELONCAVI	230	170
CHILOE	28	16
AYSEN	27	16
MAGALLANES	58	43
TOTAL	13.411	10.006

Actualmente, un promedio mensual de 130 personas ingresan por primera vez a tratamiento, y un promedio de 140 personas mensuales requiere cambio de tratamiento antirretroviral por reacciones adversas, toxicidad o por simplificación de los esquemas.

ANEXO COMPLEMENTARIO 7

PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

El desarrollo actual de la Vigilancia Epidemiológica enfatiza en el análisis y estudio de los problemas colectivos de salud, como apoyo a la gestión en salud pública. Las modernas metodologías para la recolección y análisis de información permiten obtener y transmitir información en forma rápida, vigilando una gran variedad de situaciones, para la acción oportuna, toma de decisiones y formulación de políticas de salud.

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

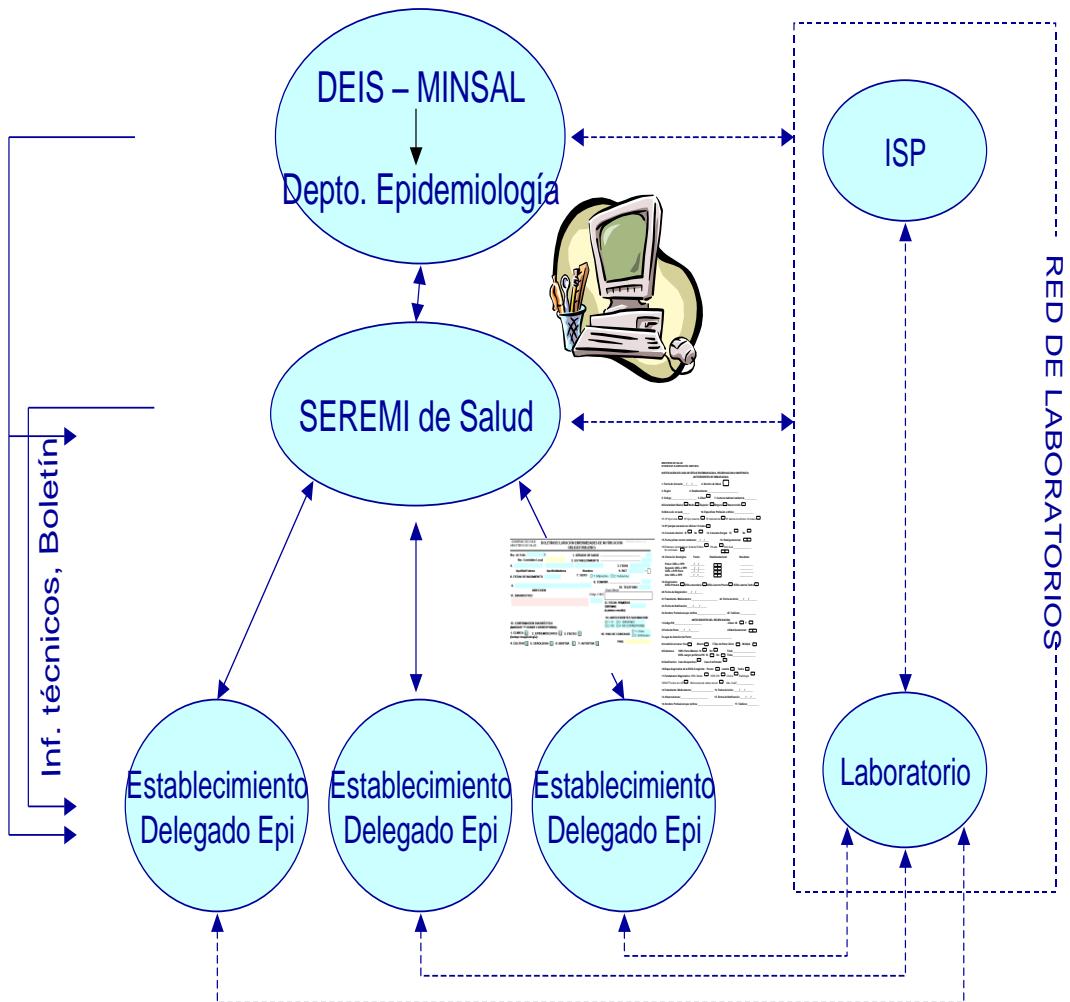
Este proceso se realiza mediante la interacción entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud en la cual la red de laboratorios es fundamental para lograr la confirmación de los casos y orientar las acciones de seguimiento y control en el ámbito de la gestión clínica. La red de vigilancia epidemiológica está conformada por:

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

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

- proceso de vigilancia local (Establecimiento de Salud públicos y privados)
- proceso de vigilancia regional (SEREMI)
- proceso de vigilancia país (Ministerio de Salud)

Ilustración : Red de vigilancia



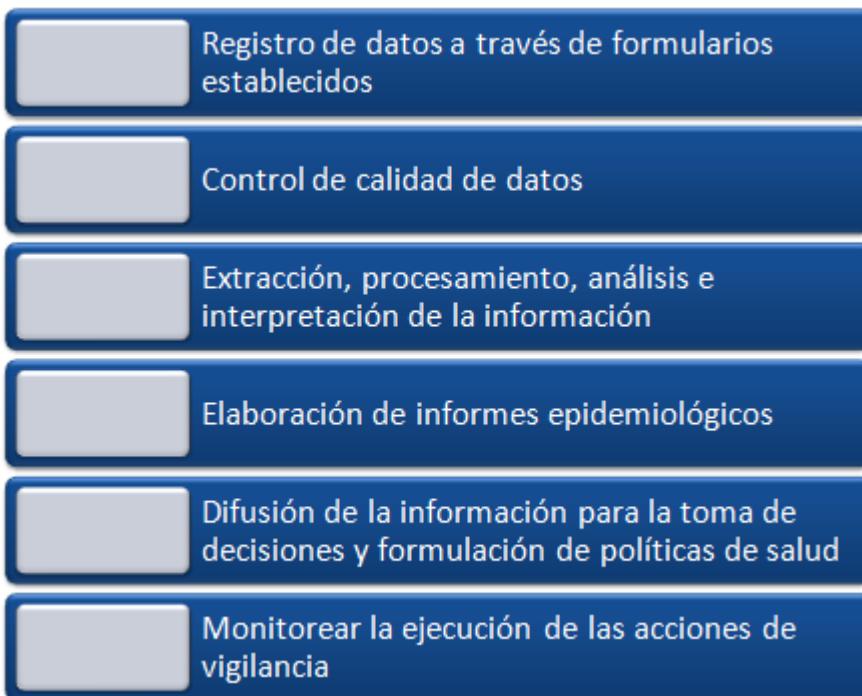
Bajo el amparo del Decreto Supremo N°158 del 22/10/2004 (Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles) actualmente vigente, se establece al VIH/SIDA como enfermedad de notificación obligatoria universal diaria, que debe ser notificada a la Autoridad Sanitaria por el establecimiento asistencial. Además, el VIH se considera como agente sujeto a vigilancia de laboratorio (artículo 9, DS.158) debiendo enviar la muestra adjuntando el formulario correspondiente, de acuerdo a la normativa vigente (Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud), en donde toda muestra reactiva debe ser enviada al ISP para confirmación.

El proceso de vigilancia debe constituirse en orientador de los procesos de planificación, dirección y control del desarrollo del sector. Debe ser además facilitador de la acción intersectorial en función de lograr el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Es por la relevancia de este proceso, que se debe cautelar la ejecución de las distintas actividades involucradas en todos los hitos relevantes que lo componen, y así controlar los puntos críticos asociados a cada uno, para el logro del objetivo de la vigilancia epidemiológica.

Los Hitos relevantes en el proceso de vigilancia se muestran en la siguiente ilustración:

Ilustración : Hitos del proceso de vigilancia



Hitos del Proceso

1. Registro de datos a través de formularios establecidos

Los registros se efectuarán de acuerdo a los sistemas desarrollados y establecidos para ello. Localmente se definen las personas y responsabilidades, según la función a realizar dentro del hito del proceso. Los datos a registrar se encuentran debidamente establecidos y se cuenta para ello con formularios estandarizados.

Formularios:

a) Boletín ENO

Este formulario permite recoger datos estadísticos que muestren la frecuencia con la cual la enfermedad ocurre, lo cual, a su vez, mediante el proceso de análisis ayuda a identificar las tendencias de la enfermedad. La información obtenida a través de las notificaciones le permite al estado tomar decisiones informadas para diseñar o modificar planes y programas de intervención, normas y leyes en salud.

Dada la relevancia de esta información es que el registro de los datos contemplados en el boletín ENO está regulado por ley.

Este registro ocurre en los establecimientos de salud, y la responsabilidad del médico o del profesional al cual el Director del Establecimiento delegue la función del llenado o trasvasaje de los datos del formulario ENO. Este debe llenarse completamente con los datos exigidos y necesarios para asegurar las acciones posteriores.

El Formulario ENO debe ser llenado en el establecimiento de salud donde se originó la solicitud del examen, al momento de la recepción de la confirmación positiva del ISP.

Este momento (hito del proceso asistencial: confirmación de examen) de la notificación permite disponer de la información oportuna. Se debe tener presente, que esta notificación ocurrirá siempre antes de tomar la prueba de identidad al paciente/donante, dado que para una acción de vigilancia global lo que interesaría es el número de casos confirmados independiente de la identidad que se asocia al resultado del examen, es decir, la notificación de los exámenes confirmados por el ISP tiene como objetivo monitorear la tendencia de la epidemia a través de resultados de laboratorio.

Excepcionalmente frente a la ocurrencia de un caso en que la Prueba de Identidad no fuese coincidente (realizando todas las medidas explicadas en el capítulo del proceso asistencial) se deberán corregir los datos del formulario. Esto será de suma importancia, para: la obtención de información fidedigna, evitar la duplicación de los casos y realizar las correcciones en los registros.

En aquellos casos, en los cuales la confirmación de VIH + emanada por el ISP se recibiera posterior al fallecimiento del paciente/donante, se deberá emitir igualmente el formulario ENO.

b) Formulario de Notificación de caso VIH/SIDA:

Es un formulario complementario que aplica una vez que se realiza el diagnóstico clínico al paciente. Permite describir el perfil de las personas afectadas y caracterizar la epidemia de VIH/SIDA. Este registro ocurre en los establecimientos de salud, y la responsabilidad es del médico que realiza la atención. La diferencia con el formulario ENO, es que permite contar con datos sociodemográficos, comportamentales, de exposición al riesgo y de etapa clínica del paciente.

El momento de registro de este formulario se asocia con el hito de etapificación del proceso asistencial.

c) Formulario de notificación de cambio de etapa VIH/SIDA:

Permite complementar la información conociendo el estado del paciente al momento del diagnóstico y su cambio de etapa de VIH a SIDA, requerimiento para describir las características y la evolución clínica de la epidemia. Este registro ocurre igual que los anteriores en los establecimientos de salud, y la responsabilidad es del médico tratante.

Se debe tener presente que esta notificación se realiza una única vez y se aplica en aquellos pacientes, tal como señala el nombre de este formulario, cuando éstos hayan cambiado de etapa “de etapa VIH a etapa SIDA”

d) Formulario de envío de muestra al ISP:

Es el formulario que acompaña a la muestra que se envía al ISP para la confirmación del examen reactivo local. Debe contener todos los datos a fin de identificar correctamente cada caso.

e) Nómina de resultados informados positivos elaborado por ISP:

Permite el registro de muestras positivas. El ISP reporta los casos confirmados, lo que forma parte de la Vigilancia de Laboratorio de la cual es objeto por Norma esta infección.

2. Control de calidad de datos

La notificación de casos es una herramienta de vigilancia epidemiológica, la cual debe ser sistemática y ajustada según definición de caso a vigilar. Es por ello que los datos ingresados en los formularios de notificaciones VIH/SIDA deben mantener las características de una adecuada vigilancia: consistencia (datos lógicos), pertinencia (referidos a los objetivos de la vigilancia), exactitud (sin errores), oportunidad (disponible en el momento preciso) e integridad (contener todos los datos y variables necesarias).

En el punto de Roles y Funciones del Proceso de Vigilancia se describen las distintas acciones a realizar por cada nivel que interviene en el proceso, no obstante a continuación se describen los indicadores de vigilancia utilizados por el nivel central, los cuales deben ser adoptados en los distintos niveles según su realidad local. Asimismo, cada Establecimiento podrá elaborar otros indicadores según sus propios intereses de vigilancia.

Se han establecido indicadores de **Calidad de la Vigilancia** que se obtienen desde los sistemas de información vigentes: EPIVIGIL (Sistema de registro de enfermedad de notificación obligatoria), SIVEP (Sistema de información de vigilancia de enfermedades en las personas), Plataforma DEIS, y que se detallan a continuación:

Oportunidad de notificación: tiene como objetivo disminuir el retraso en la notificación de casos de VIH/SIDA, así como también la información referente a cambios de etapa de los mismos. Corresponde a la diferencia en días (28 días = 4 semanas) entre la fecha de notificación a la SEREMI y la fecha de recepción en el MINSAL. El indicador está constituido por el % de Formularios de Notificación de Caso de VIH/SIDA recibidas en el MINSAL con 4 semanas o menos desde la fecha en que el establecimiento de atención lo envía a la SEREMI (Fórmula: Notificaciones oportunas / total de notificaciones en el período).

Formularios de notificación completos: al menos el 90% de la información en el formulario, debe ser completa. Para esto, el formulario debe contar al menos con la información pertinente a las siguientes variables: Fecha de notificación, Servicio de Salud y establecimiento desde el cual se realiza la notificación, Autoridad Sanitaria correspondiente, RUT, código de identificación, sexo, fecha de nacimiento, edad, escolaridad, profesión u oficio, ocupación, comuna de residencia, nacionalidad, datos del estado de salud y del diagnóstico de la persona completos, fecha de confirmación del ISP, número de registro del ISP, conducta sexual declarada, factores de riesgo, etapificación inmunológica y clínica con la respectiva clasificación final e identificación completa de la persona que notifica el caso.

Concordancia de las fuentes de notificación: hace referencia a la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA. El indicador está compuesto por el total de los casos confirmados por el Instituto de Salud Pública, el que debe corresponder al 100% de los casos notificados por la SEREMI al MINSAL.

3. Extracción, Procesamiento, Análisis e Interpretación de la información

El sistema de vigilancia epidemiológica actual permite al profesional a cargo de la vigilancia (epidemiólogos o los que ejercen esa función), realizar la extracción de la información en forma automática y en tiempo real de los principales indicadores para el procesamiento y análisis de la información, utilizando para ello, las distintas fuentes del sistema de vigilancia (registro de notificaciones, registros de confirmaciones). No

obstante para el análisis completo de la información se pueden utilizar otras fuentes de información disponibles en el DEIS como por ejemplo base de datos de mortalidad, base de dato de egresos hospitalarios entre otros.

Respecto de la interpretación de la información es de relevancia la realización del Boletín Epidemiológico Mensual (BEM) cuyo objetivo principal es retroalimentar a la red de vigilancia pública y privada, permitiendo conocer la incidencia de casos a través de las notificaciones y realizar comparaciones de las notificaciones en igual periodo con relación al año anterior (análisis de aumento de casos).

Dada las fuentes de información se pueden realizar también comparaciones que permitan generar alertas en el proceso y es por ello que la retroalimentación de la información a los distintos responsables en el proceso es crucial. En este sentido es indispensable realizar un análisis comparativo entre las confirmaciones y las notificaciones, los que permitirá, en caso de ser distintas, adoptar medidas correctivas al proceso.

Desde este Hito es posible pasar al Hito 5 “Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud”, si la situación así fuese necesario, como es en el caso de las comparaciones entre casos confirmados y casos notificados. De lo contrario se realizará la secuencia indicado en base a los hitos del proceso de vigilancia.

4. Elaboración de informes epidemiológicos

La elaboración de informes regionales se deberá realizar con una periodicidad semestral para conocer la situación regional; además de realizarse un informe anual regional y nacional, el cual debe contener un análisis acumulado de indicadores de mortalidad, morbilidad, tendencias, distribución por sexo, grupos de edad, y otras variables sociodemográficas y socioculturales que sean de interés regional y nacional. Realzándose la consolidación y presentación mediante el agrupamiento y ordenamiento de los datos recolectados en cuadros, gráficos o mapas que permite el análisis e interpretación, es decir, un proceso de comparación de información en tiempo, lugar y persona con el propósito de identificar los factores de riesgo, establecer la tendencia de la enfermedad e identificar las áreas en que se pueden aplicar las medidas de prevención y control.

5. Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud

Como parte del proceso del sistema de vigilancia epidemiológica está la comunicación y difusión de la información a los equipos locales de salud (Servicios de Salud, Direcciones Médicas de establecimientos privados y equipo de los establecimientos de salud públicos y privados), que son los que generan la información para poder desarrollar la vigilancia. Es fundamental que estos informes se den a conocer a través de reuniones de trabajo, boletines escritos o digitalizados, entre otros. Esta devolución de la información permitirá a los equipos locales visualizar el objetivo de lo que realizan, aportando a la planificación de actividades.

6. Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia

Este hito se debe realizar en los tres niveles (local, regional y nacional) y consiste en garantizar la puesta en práctica de las acciones indicadas que surgen del análisis e

interpretación de la información (hito 3) cómo también de los informes epidemiológicos (hito 4); además de evaluar si son efectivas o si deben ser complementadas con otras.

Consiste en contar con un mecanismo que verifique la aplicabilidad de las acciones previstas y planteadas según los resultados del informe epidemiológico emitido por los responsables a cargo en cada uno de los niveles correspondientes. Sin embargo, dentro del control de proceso de este hito se debe verificar en qué medida estas acciones están cumpliendo los objetivos propuestos por las autoridades en salud.

Este último hito no constituye parte del sistema de control de proceso, dado que cada hito debe tener su propio sistema de control, el que a través de alertas (por ejemplo definición de indicadores en cada hito, reportes específicos de situación, o reuniones con responsables del proceso) permita realizar las acciones correctivas correspondientes en pos de fortalecer el proceso de vigilancia.

ROLES Y FUNCIONES EN EL PROCESO DE VIGILANCIA

Como se mencionó anteriormente forman parte de este Sistema los establecimientos de salud públicos y privados (de atención abierta y cerrada), laboratorios de la red e Instituto de Salud Pública (ISP), Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI) y Ministerio de Salud (Departamento Epidemiología, Departamento de Estadísticas e Información en Salud-DEIS). Cada uno de ellos participa con distintos roles y funciones en los hitos del proceso de vigilancia, según lo señalado a continuación

1 Registro de datos a través de formularios establecidos

• Establecimientos de Salud públicos y privados

El rol en este hito consiste en la realización de las notificaciones necesarias para alimentar de datos al sistema de vigilancia. Se pueden visualizar diversos actores que están definidos según sus responsabilidades:

Médico que realiza la atención:

Una vez recibida la confirmación de caso de VIH deberá realizar el Boletín ENO¹, y realizado el diagnóstico clínico, deberá completar el formulario de Notificación de Caso de VIH/SIDA” y el “Formulario de Notificación Cambio de Etapa VIH/SIDA”, según corresponda. Deberá realizar la coordinación y procedimiento, según flujo interno establecido, para que los formularios lleguen al Delegado de Epidemiología del establecimiento.

Delegado de Epidemiología:

Recolectar y recibir los formularios

Notificar a través del Boletín ENO (cuando se le ha delegado esa función) todos los resultados positivos recepcionados desde el ISP, en forma diaria a la SEREMI, sin esperar la confirmación de identidad ni el diagnóstico clínico.

En aquellas regiones donde se está desarrollando el piloto SIVEP, deberá además, ingresar las notificaciones correspondientes al software diseñado para tal efecto

¹ Conforme a lo establecido en el Decreto Supremo N°158, el Director del Establecimiento de Salud o en quien éste delegue, debe notificar mediante oficio reservado (artículo 5, Ley N° 19.779) a la SEREMI de Salud correspondiente.

- **Instituto de Salud Pública (ISP)**

El ISP, como laboratorio de referencia nacional, debe confirmar los casos de VIH y registrarlos en una base de datos, para retroalimentar al nivel central, específicamente al Departamento de Epidemiología del MINSAL, en **forma mensual**, resguardando la confidencialidad.

- **Laboratorios Clínicos, Centros y Bancos de Sangre públicos y privados**

Deben registrar toda muestra reactiva local enviada al ISP para su confirmación (Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud) con el Formulario de Envío de Muestras para Confirmación de VIH/SIDA por el ISP (adulto y pediátrico). Deberá registrar rigurosamente los datos asegurando la confidencialidad e integridad de éstos.

2 Control de calidad de datos

- **Nivel Local – Establecimiento de Salud**

Delegado de Epidemiología:

Su función en este hito es:

- Supervisar la calidad de la información proveniente del personal asistencial y del laboratorio de su establecimiento, para envío los Boletines ENO y los formularios de notificación a la Unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud que le corresponde. En aquellas regiones donde se está desarrollando el piloto SIVEP, deberá además, ingresar las notificaciones correspondientes al software diseñado para tal efecto
- Retroalimentar acerca de la calidad de los registros a los responsables del llenado del formulario
- Tomar, en caso de no contar con los datos requeridos para el proceso de vigilancia, las medidas o acciones correctivas.

- **Nivel Regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud SEREMI**

La Unidad de Epidemiología del Departamento de Salud Pública de la SEREMI ejerce las funciones de supervisión y control del sistema de vigilancia epidemiológica.

Epidemiólogo:

- Recibir las notificaciones de VIH desde los Establecimientos de Salud públicos y privados correspondientes a su región.
- Verificar los datos, velando por la coherencia e integridad de éstos.
- Retroalimentar a los niveles locales que notifican, especialmente a los equipos de salud y laboratorios.
- Ingresar los datos de los Boletines ENO (desde establecimientos públicos y privados) correspondientes a los casos confirmados por el ISP en el sistema EPIVIGIL.
- Enviar semanalmente al Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del MINSAL, el archivo EPIVIGIL
- Notificar mediante formato electrónico en línea, una vez por semana al DEIS/MINSAL. ((<http://epi.minsal.cl>), en la sección de enfermedades transmisibles, “notificación en línea”, a través del link: VIH/SIDA notificación de casos)

- **Nivel Nacional – Ministerio de Salud**

A nivel central la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es responsabilidad del Departamento de Epidemiología, dependiente de la División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública cuyas funciones en este hito son:

Departamento de Epidemiología

- Analizar los indicadores de calidad de vigilancia mensualmente.
- Recibir la base de datos de los casos confirmados desde el ISP mensualmente y enviar los datos que le corresponden a cada SEREMI de salud (esta actividad se realizará hasta que la información pueda ser obtenida en línea desde las SEREMIs).
- Retroalimentar a las SEREMIS respectivas

3 Extracción, Procesamiento, Análisis e Interpretación de la información

• Nivel Local – Establecimiento de Salud

Delegado de Epidemiología:

- Integrar y validar la información generada por su establecimiento
- Generar, procesar y analizar la información básica

• Nivel Regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud SEREMI

Epidemiólogo

- Comparar mensualmente los listados de los casos confirmados por el ISP con los registros de notificación provenientes de establecimientos públicos, privados y prestadores individuales, tanto los Boletines ENO como el Formulario de Notificación de casos de VIH/SIDA.
- Coordinación con el Servicio de Salud correspondiente o con los delegados de los establecimientos públicos y del sector privado para corregir problemas detectados en la calidad de las notificaciones.
- Analizar los datos, para la correcta elaboración del informe regional

• Nivel Nacional – Ministerio de Salud

Departamento de Epidemiología

- En base a los requerimientos nacionales de información para la vigilancia epidemiológica, consolida, analiza, compara datos regionales y procesa la información.
- Evalúa el funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e implementa medidas de mejoría si es pertinente.

4 Elaboración de informes epidemiológicos

• Nivel Regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud SEREMI,

Epidemiólogo:

- Utilizar la información obtenida para realizar análisis situacional y de tendencias, de acuerdo al Plan de Análisis definido, manteniendo un diagnóstico actualizado de la situación de la epidemia a nivel regional.
- Elaborar el informe regional
- Enviar este informe a sus autoridades respectivas

- **Nivel Nacional – Ministerio de Salud**

Departamento de Epidemiología

- Utilizar la información obtenida para realizar análisis situacional y de tendencias, de acuerdo al Plan de Análisis definido, manteniendo un diagnóstico actualizado de la situación de la epidemia a nivel nacional.
- Elaborar anualmente el informe nacional.
- Enviar este informe a las autoridades nacionales respectivas.

5 Difusión de la información para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud

- **Nivel Local – Establecimiento de Salud**

Delegado de Epidemiología:

- Entregar información al nivel comunal, SEREMI de Salud y entidades del nivel local.

- **Nivel Regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud SEREMI**

Epidemiólogo

- Difundir a la red de vigilancia de su región el informe epidemiológico correspondiente, con el objetivo de lograr la retroalimentación del sistema de vigilancia.
- Informar a las Autoridades correspondientes de su SEREMI y al nivel central Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

SEREMI:

- Difundir a la Dirección(es) del(los) Servicio(s) de Salud de su región el informe epidemiológico correspondiente, con el objetivo de lograr la retroalimentación del sistema de vigilancia
- Difundir a las Direcciones Médicas de los establecimientos privados de su región el informe epidemiológico correspondiente, con el objetivo de lograr la retroalimentación del sistema de vigilancia

- **Nivel Nacional – Ministerio de Salud**

Departamento de Epidemiología

- Difundir a la red de vigilancia regional (SEREMI) el informe epidemiológico nacional, con el objetivo de lograr la retroalimentación del sistema de vigilancia.
- Proporcionar información relevante a la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) de la División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública y a las diferentes instancias de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Informar a las Autoridades correspondientes del nivel central.
- Elaborar y actualizar las normas relativas a la vigilancia.

El Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) será el encargado de administrar las bases de datos y poner la información a disposición de los usuarios (Dpto. de epidemiología, CONASIDA, DIREC, entre otros).

6 Monitoreo de la ejecución de las acciones de vigilancia

- **Nivel Local – Establecimientos de Salud Públicos y Privados**

- Supervisar a los establecimientos de salud garantizando el cumplimiento de los procesos involucrados en la vigilancia del VIH/SIDA facilitando su evaluación y ejecución de acciones locales indicadas desde el nivel central o la Autoridad Sanitaria Regional.
- Retroalimentar a la SEREMI de los resultados de las acciones de vigilancia realizadas
- Utilización de la información para la gestión y organización de los establecimientos de su red o de los establecimientos privados a su cargo.

- **Nivel Regional - Secretaría Regional Ministerial de Salud SEREMI**

SEREMI:

Coordinar instancias de trabajo entre: SEREMI, Servicios de Salud y establecimientos privados para el análisis, complemento de informaciones, evaluación de los procesos y corrección de los mismos, si fuera necesario y ejecución de las acciones planteadas por la autoridad ministerial

- **Nivel Nacional – Ministerio de Salud**

Coordinar y desarrollar plan de trabajo con el objetivo de facilitar el desarrollo de procesos y la ejecución de las acciones a nivel de SEREMIS, Servicios de Salud y establecimientos privados. Este grupo debe estar integrado por el Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria, la Comisión Nacional del SIDA de la División de Prevención y Control de Enfermedades, ambas de la Subsecretaría de Salud Pública, la División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Instituto de Salud Pública.

Tabla 3 Puntos críticos proceso de Vigilancia

NIVEL	HITOS	PUNTOS CRÍTICOS	PROFESIONAL RESPONSABLE
Local	<ul style="list-style-type: none">• Registro de datos a través de formularios establecidos	<ul style="list-style-type: none">• Detección del caso o situación anómala y su notificación• Elaboración de información para la planificación y/o implementación de estrategias locales para el control del VIH.	<ul style="list-style-type: none">• Profesional a cargo de las funciones de Vigilancia Epidemiológica (delegado de epidemiología)
Regional	<ul style="list-style-type: none">• Control de calidad de datos.• Extracción, Procesamiento, Análisis e interpretación de la información.• Elaboración de informes epidemiológicos.• Difusión de la información para la toma de decisiones.• Registro de datos a través de formularios establecidos.	<ul style="list-style-type: none">• Integración de la información de su jurisdicción, análisis y difusión de ésta.• Elaboración de información para la planificación y/o implementación de estrategias regionales para el control y prevención del VIH	<ul style="list-style-type: none">• Epidemiólogo a cargo de la vigilancia de VIH/SIDA, en la SEREMI
País	<ul style="list-style-type: none">• Control de calidad de datos• Extracción, Procesamiento, Análisis e interpretación de la información• Elaboración de informes epidemiológicos• Difusión de la información para la toma de decisiones.• Registro de datos a través de formularios establecidos	<ul style="list-style-type: none">• Integración nacional de la información• Elaboración de información para la planificación y/o implementación nacional de estrategias para el control y prevención del VIH	<ul style="list-style-type: none">• Profesional a cargo de la vigilancia Epidemiológica en el Dpto. de Epidemiología y en el DEIS.

ANEXO COMPLEMENTARIO 8

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), ha definido entre sus objetivos la promoción de procesos orientados a que la sociedad asuma la prevención y la disminución del impacto biosicosocial del VIH/SIDA y las ETS. Para su cumplimiento considera:

- La ley de SIDA, N° 19.779 que en su artículo 2º establece que “El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia. Estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional...”.
- Los principios políticos del Gobierno sobre participación, descentralización, equidad, intersectorialidad y una cultura centrada en las personas.
- 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, etc.).
- La Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas (2001 y 2005) en que se reconoce de forma explícita el papel especial y el aporte importante de las personas que viven con VIH/SIDA, los jóvenes y los agentes de la sociedad civil para abordar en todos sus aspectos el problema del VIH/SIDA “...reconociendo que su plena participación en la tarea de preparar, planificar, poner en práctica y evaluar programas es decisiva para desarrollar una acción eficaz frente a la epidemia del VIH/SIDA”.

La implementación de estos procesos participativos se ha realizado en un trabajo permanente con organizaciones de la sociedad civil que trabajan en VIH/SIDA y que representan a los grupos más vulnerables frente a la epidemia, además de aquellas integradas por personas que viven con VIH. También forma parte importante de esta línea, el trabajo colaborativo con Sociedades Científicas que aportan al diseño, monitoreo y evaluación de estrategias de atención en al ámbito biomédico. Además se han establecido Convenios Marco y acuerdos de trabajo colaborativo y participativo con otros sectores de gobierno para aunar esfuerzos en materia de atención integral y prevención del VIH/SIDA y las ETS, en particular con SERNAM, Gendarmería de Chile, MINEDUC, INJUV, SENAME.

Algunos de los logros del trabajo coordinado entre el Estado -a través de CONASIDA- y las organizaciones sociales que trabajan en VIH/SIDA han sido:

1) El diseño e implementación del **Proyecto “Profundización y aceleración de la respuesta nacional al VIH/SIDA”, financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria**. En el contexto de este proyecto se desarrollaron entre los años 2003 al 2007, iniciativas de gran envergadura, que implicaron una profundización de la asociatividad y la participación entre entidades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, entre otras se puede mencionar:

- En la Respuesta Regional Integrada de Prevención, que se implementa desde el año 2000 en todas las regiones del país. Se fundamenta en la necesidad de generar una respuesta local pertinente a la epidemia del VIH y las ETS/ITS, y se rigen por principios de participación social, descentralización y equidad. Es coordinada por las SEREMIS de Salud y se desarrolla con entidades estatales y organizaciones sociales.

- En las **Campañas de Comunicación Social para la Prevención del VIH/SIDA**, la participación se ha expresado a través de los equipos gestor nacional y regionales, en el marco del Proyecto Fondo Global hasta entre los años 2004 y 2007 que fueron integrados por representantes de organizaciones sociales (ASOSIDA, VIVO POSITIVO y organizaciones territoriales) y del intersector (INJUV, SERNAM, MINEDUC, entre otros).
- El **Programa de Fortalecimiento de la Consejería para la Prevención Primaria del VIH/SIDA**, se ha desarrollado a través de mesas y redes regionales de consejería, con la participación de instituciones y organizaciones que prestan servicios de consejería en VIH.

2) **Proyecto “Asociatividad para Disminuir la Discriminación a Personas que Viven con VIH en los Ámbitos Escolar y Laboral”**, implementado a través de un trabajo asociativo entre el sector público (SEREMIS de Salud, de Educación, del Trabajo y Previsión Social, de Gobierno y otras) y las agrupaciones de PVVIH de la red VIVO POSITIVO.

3) **Proyecto “Consejería Asociativa para Apoyar el Autocuidado, la Adherencia a TARV y la Prevención Secundaria del VIH y las ETS”**, diseñado e implementado en conjunto entre CONASIDA y VIVO POSITIVO. La principal estrategia fue la ejecución compartida de programas locales de consejería por el equipo de salud y los pares, para brindar apoyo emocional y orientación a PVVIH.

4) **Proyecto “Fomento de la participación social de mujeres que viven con VIH (MVVVIH)”**, diseñado y desarrollado entre CONASIDA y VIVOPOSITIVO. Las estrategias centrales fueron la capacitación de mujeres y la ejecución de proyectos locales coordinados por ellas.

- **Programa de Poblaciones Vulnerables Prioritarias**, implementado desde CONASIDA y ejecutado por organizaciones con trabajo en prevención primaria, dirigido a población homo-bisexual, transgénero y trabajadoras(es) sexuales.
- **Proyecto de Poblaciones Vulnerables Emergentes**, que contó con la participación de organizaciones con trabajo en mujeres, jóvenes, pueblos originarios y migrantes, en la validación de materiales de prevención primaria dirigidos a estas poblaciones.

La estrategia de participación marcó el inicio de la generación y profundización de alianzas entre los diferentes servicios públicos, organizaciones sociales y el sector privado, para llevar a cabo proyectos de prevención en todo el país, enfrentando la segmentación y la sectorialidad de organismos públicos en el territorio y mejorando la perspectiva de sustentabilidad de las acciones.

Para facilitar la adecuada implementación de esta estrategia, se han explicitado roles y niveles de participación para los distintos actores sociales en las distintas iniciativas. Un ejemplo es lo expresado en las diferentes Orientaciones de la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, documento en el que se definen estos aspectos.

ANEXO COMPLEMENTARIO 9



Asamblea General

Distr. general
7 de abril de 2009
Español
Original: inglés

Sexagésimo tercer período de sesiones

Tema 41 del programa

Aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y de la Declaración política sobre el VIH/SIDA

Progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y de la Declaración política sobre el VIH/SIDA

Informe del Secretario General

En la mayoría de los países, sigue siendo legal discriminar a las mujeres, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores del sexo, los usuarios de drogas y las minorías étnicas. Esta situación debe cambiar. Exhorto a todos los países a cumplir sus compromisos de promulgar o aplicar legislación en la que se tipifique como delito la discriminación contra las personas que viven con el VIH y las pertenecientes a grupos vulnerables... En los países que carecen de leyes para proteger a los trabajadores del sexo, los usuarios de drogas y los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, sólo una parte de la población tiene acceso a la atención preventiva. Por el contrario, en los países donde existen salvaguardias legales y se protegen los derechos humanos de estas personas, son muchos más lo que disponen de acceso a estos servicios. Como consecuencia, es menor el contagio, hay menor demanda de tratamiento antirretroviral y se reduce el número de muertes. La falta de protección a estos grupos no sólo no es ética, sino que carece de sentido desde la perspectiva de la salud. Nos perjudica a todos.

Secretario General Ban Ki-moon
Conferencia Internacional sobre el SIDA
México D.F., 3 de agosto de 2008



Resumen

En el presente informe se incluye información actualizada sobre los progresos en la respuesta al SIDA, se expresa un gran interés en los objetivos acordados para 2010, se recomiendan medidas clave para acelerar el avance en el proceso y se exhorta a la renovación del compromiso de lograr el acceso universal a la prevención del VIH y al tratamiento, la atención y el apoyo para 2010.

En junio de 2008, la Asamblea General, en su reunión de alto nivel sobre el VIH/SIDA, evaluó los progresos realizados en la respuesta a la epidemia mundial del VIH. Los informes de 147 países mostraron que se habían logrado importantes avances en ámbitos como las terapias retrovirales y la prevención de la transmisión de madre a hijo. A estos logros ha contribuido un buen número de partes, entre otras, los gobiernos nacionales, la sociedad civil y las personas que viven con el VIH. El Gobierno de los Estados Unidos ha destinado 18.800 millones de dólares a la lucha contra el SIDA durante los últimos cinco años, y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ha ofrecido tratamientos antirretrovirales a aproximadamente dos millones de personas.

Pese a estos datos tan alentadores, siguen existiendo dificultades considerables, como las importantes deficiencias existentes en el acceso a servicios esenciales relacionados con el VIH. La tasa de las nuevas infecciones continúa aventajando a la ampliación de los programas de tratamiento, y el compromiso en materia de prevención del VIH sigue siendo insuficiente. Si bien es cierto que los fondos disponibles para la lucha contra el VIH en los países de bajos y medianos ingresos se incrementaron desde 11.300 millones de dólares en 2007 a 13.700 millones de dólares en 2008, la situación económica mundial ha experimentado un grave deterioro desde la reunión de alto nivel de 2008. Dado que la lucha contra el VIH es una de las inversiones más sólidas que se pueda realizar en el plano mundial, resulta vital mantener y reforzar los compromisos con las iniciativas relativas al VIH en un contexto económico desfavorable.

Sobre la base de los compromisos acordados en el vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA, celebrado en 2001, los Estados Miembros decidieron en 2006 avanzar con el fin de lograr para 2010 el objetivo del acceso universal a programas amplios de prevención y a los servicios de tratamiento, atención y apoyo. Hasta febrero de 2009, 111 países habían establecido objetivos específicos para el país en materia de acceso universal, mediante un amplio proceso de consulta nacional.

El compromiso de lograr el acceso universal refleja un imperativo impuesto por los derechos humanos y está refrendado por muchas otras obligaciones contraídas por los Estados Miembros con miras a proteger los derechos de las personas que viven con el VIH y de aquéllas vulnerables a la infección por el VIH. Sin embargo, muchos países cuentan con leyes y políticas que no se ajustan a los compromisos y que conllevan una reducción del acceso a servicios y productos esenciales en relación con el VIH. En 2007, según los informes, un tercio de los países seguía careciendo de leyes que prohibieran la discriminación en materia del VIH, y muchos de los que contaban con este tipo de legislación tenían problemas para aplicarla adecuadamente. En total, 84 países señalaron en sus informes que tenían leyes y regulaciones que obstaculizaban la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo

efectivos de los grupos vulnerables de la población. Además, en aproximadamente 60 países existían leyes que restringían la salida, estancia o residencia de las personas que viven con el VIH sin otro criterio que el de ser VIH-positivo. Por último un número creciente de países ha promulgado legislación excesivamente amplia en la que se tipifica como delito la transmisión o la exposición al VIH, junto con el hecho de no revelar la condición de VIH-positivo. Es probable que este tipo de medidas impulse a las personas a eludir las pruebas de VIH, lo cual frustra los esfuerzos para lograr el acceso universal.

El perfeccionamiento de los métodos analíticos ha permitido a los países definir mejor el alcance y las pautas de las epidemias que los afectan, seleccionar las medidas adecuadas y adaptar estrategias basadas en los datos para abordar los condicionantes concretos de su contexto nacional. La adaptación estratégica de la respuesta nacional potencia los resultados de los programas del VIH y reduce el derroche y la insuficiencia. La mejora de los sistemas de seguimiento y evaluación también permite a los países revisar sus estrategias nacionales conforme a la evolución de su tipo concreto de epidemia a lo largo del tiempo. En sus iniciativas para armonizar las estrategias nacionales con sus circunstancias reales, los países deben trabajar para comprender y abordar los condicionantes sociales y estructurales del riesgo y la vulnerabilidad frente al VIH, tales como las desigualdades basadas en el género, la marginación social, el estigma y la discriminación.

La epidemia del VIH plantea un desafío mundial a largo plazo y exige un compromiso continuado para garantizar una respuesta efectiva de largo alcance. A medida que aumenta la cobertura y la calidad de los programas del VIH, es necesario redoblar los esfuerzos para reforzar los aspectos relativos a la salud, los servicios sociales y otros sectores clave, e integrar la atención del VIH con la de la tuberculosis, la salud sexual y reproductiva y otros servicios sanitarios. Una respuesta al SIDA a largo plazo solo será sostenible si se mejoran sustancialmente los resultados en cuanto a la reducción de la tasa de nuevos infectados por el VIH, al tiempo que se ofrecen servicios de calidad óptima a las personas que viven con el VIH. Ampliar el alcance de una combinación adecuada de estrategias de prevención del VIH que incorpore los aspectos relativos al comportamiento, biomédicos y estructurales reduciría en más de la mitad el total de nuevas infecciones del VIH desde el momento actual hasta 2015. No obstante, el acceso a dicha estrategia mixta sigue estando rigurosamente limitado en la mayoría de los países. Según los cálculos actuales, lograr los objetivos nacionales de acceso universal antes de 2010 requerirá un desembolso anual de 25.000 millones de dólares en el plazo de dos años, lo que exige un compromiso renovado por parte de todas las fuentes de financiación relacionadas con el VIH. El mantenimiento de una respuesta efectiva frente al SIDA requerirá un grado inédito de liderazgo a todos los niveles que deberá incluir a los gobiernos, la sociedad civil y las comunidades afectadas.

Principales recomendaciones

Todas las partes interesadas deben reafirmar su compromiso de avanzar con miras al logro del objetivo del acceso universal a la prevención del VIH y al tratamiento, la atención y el apoyo para 2010.

Las estrategias nacionales de prevención deben abordar las necesidades nacionales y locales, teniendo en cuenta las pautas de las epidemias que afectan al país y los datos constatados de las soluciones que resultan eficaces para prevenir la transmisión del VIH en el ámbito individual, comunitario y del conjunto de la sociedad.

La financiación anual procedente de todas las fuentes debe incrementarse hasta los 25.000 millones de dólares antes de 2010 para cumplir los objetivos nacionales de acceso universal. Los dirigentes mundiales deben estudiar y apoyar mecanismos de financiación innovadores para el VIH y otros desafíos en el ámbito del desarrollo.

Es necesario mejorar la legislación y el cumplimiento de la ley, y se deben ampliar los programas que refuerzan el acceso a la justicia para prevenir la discriminación de las personas que viven con el VIH y de los grupos vulnerables a la infección. Deben eliminarse las restricciones impuestas a los viajeros en relación con el VIH. La tipificación como delito de la transmisión del VIH debe limitarse a la transmisión deliberada. Es necesario derogar las leyes que entorpecen u obstaculizan el acceso a los servicios de los trabajadores del sexo, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y los usuarios de drogas injectadas.

Todas las partes interesadas deben comprometerse sin reservas a actuar con la máxima transparencia y responsabilidad en la respuesta mundial, a través de medidas que incluirán la presentación periódica de informes sobre las obligaciones contraídas en el ámbito nacional e internacional.

I. Introducción

1. La Asamblea General, en su reunión de alto nivel sobre el VIH/SIDA, celebrada en junio de 2008, evaluó los progresos realizados en la lucha contra la epidemia mundial de VIH y los logros conseguidos hasta la fecha en el cumplimiento de los objetivos con plazos definidos que los Estados Miembros adoptaron por unanimidad en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001. Dichos compromisos fueron reiterados en la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006, en la que los Estados Miembros prometieron avanzar en el objetivo de lograr para 2010 el acceso universal a la prevención del VIH, el tratamiento, la atención y el apoyo.

2. En los informes presentados por 147 países se describieron los siguientes logros fundamentales:

a) Un incremento del 47% en 2007 en el acceso a los tratamientos antirretrovirales (hasta los 3 millones de adultos en los países de ingresos bajos y medios). La cobertura de los tratamientos antirretrovirales infantiles prácticamente se triplicó entre 2005 y 2007. En tan solo cinco años, la cobertura antirretroviral en circunstancias donde los recursos son limitados se multiplicó por 10, lo que supuso la primera reducción en el número total de muertes por SIDA desde que la epidemia se identificó por primera vez a principios de la década de 1980;

b) El porcentaje de mujeres embarazadas infectadas de VIH que recibieron servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo ascendió del 15% en 2005 al 33% en 2007;

c) La disminución de la prevalencia del VIH entre las jóvenes embarazadas en varios países africanos de elevada prevalencia deja entrever que las iniciativas de prevención del VIH en la región están teniendo como resultado cambios significativos en el comportamiento sexual.

3. Estos alentadores progresos reflejan la repercusión del inmenso trabajo de quienes participan en la respuesta al SIDA. Sin embargo, en la reunión de alto nivel también se destacaron deficiencias y carencias cruciales en las iniciativas en curso:

a) En total, el 70% de las personas que necesitaron tratamientos antirretrovirales en 2007 siguió privado de acceso;

b) En 2007, por cada dos personas que iniciaron el tratamiento antirretroviral, otras cinco contrajeron el VIH;

c) En 11 países de elevada prevalencia, el 85% de los niños huérfanos o en situación precaria a consecuencia del VIH vivía en hogares que no recibieron ningún tipo de asistencia en 2007;

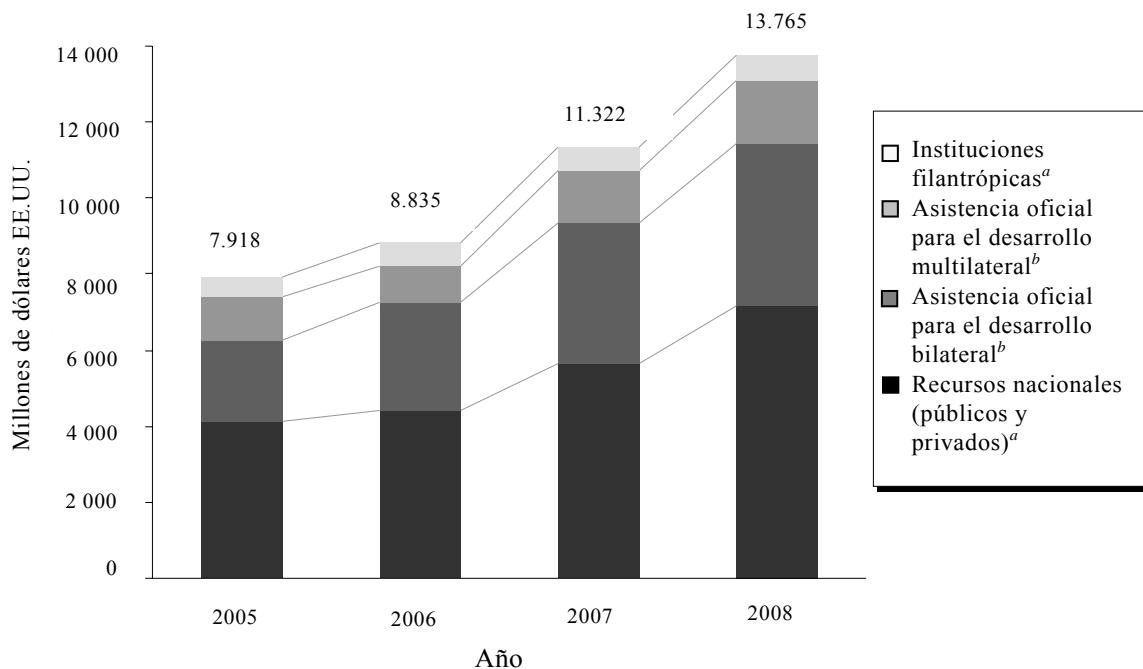
d) En el grupo de personas comprendidas entre los 15 y los 24 años, sólo el 40% tenía un conocimiento preciso y amplio sobre el VIH;

e) En casi la tercera parte de los países había leyes y políticas que obstaculizaban el acceso de la población vulnerable a los servicios relativos al VIH, y prácticamente la mitad de los países no prestaba apoyo financiero a los programas centrados en la mujer;

f) Dado que el VIH está ocasionando la reaparición de la tuberculosis, se plantea la necesidad perentoria de mejorar la integración y la cobertura de los servicios para las personas infectadas simultáneamente por el VIH y la tuberculosis.

4. En los países con ingresos medios y bajos se destinaron aproximadamente 11.300 millones de dólares a los programas del VIH en 2007, y cerca de 13.700 millones en 2008 (véase el gráfico I). De 2007 a 2008, los recursos disponibles para programas del VIH se incrementaron en un 21%. En cuanto a la financiación, en 2008 un 53% correspondía a fuentes nacionales, un 31% a los donantes multilaterales, un 12% a las instituciones multilaterales, incluido el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y el 5% a entidades filantrópicas.

Gráfico I
Financiación anual disponible para programas de VIH/SIDA



^a Informes de Funders Concerned About AIDS (2008) y European HIV/AIDS Funders Group (2008).

^b Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE, datos de 19 diciembre de 2008.

^c Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2008).

5. En la reunión de alto nivel de 2008 muchos países señalaron que existía el riesgo de que no alcanzaran sus objetivos en materia de acceso universal antes de 2010. Desde esa reunión, se ha producido un declive económico cada vez más pronunciado que acentúa aún más las dificultades para cumplir los compromisos mundiales sobre el SIDA. Mientras los gobiernos hacen frente a las consecuencias de este declive económico, resulta vital mantener sus inversiones destinadas a la respuesta al SIDA y reforzarlas para cosechar importantes beneficios en un futuro inmediato y en las décadas venideras.

6. El presente informe tiene cuatro objetivos: a) ofrecer información actualizada sobre la evolución de la respuesta al SIDA; b) expresar interés en el logro de los objetivos de 2010 y describir su función vital en una respuesta a la epidemia sostenible y a largo plazo; c) recomendar acciones clave para acelerar el progreso en el cumplimiento de los compromisos contraídos; y d) reiterar el compromiso con la meta de conseguir el acceso universal a la prevención del VIH, el tratamiento, la asistencia y el apoyo.

II. Garantizar la responsabilidad en los compromisos en materia de derechos humanos

7. En la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001, los Estados Miembros acordaron por unanimidad que el respeto a los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA impulsa una acción eficaz y se comprometieron a adoptar medidas concretas para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH, las mujeres y las niñas, los jóvenes, los inmigrantes y los miembros de los grupos vulnerables. Estos compromisos se confirmaron y se ultimaron en la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006. Sin embargo, los gobiernos no han logrado adoptar las medidas políticas, jurídicas y programáticas adecuadas para materializar estas promesas. Cumplir los compromisos en materia de derechos humanos es esencial para acelerar el progreso en la lucha contra el VIH y alcanzar la meta del acceso universal.

Prohibir la discriminación ligada al VIH

8. Los datos presentados en la reunión de alto nivel de 2008 indicaron que un número creciente de países había aprobado leyes para proteger de la discriminación a las personas que viven con el VIH. Sin embargo, en 2007 un tercio de los países informó que carecía de dichas leyes. De conformidad con los compromisos contraídos por los Estados en virtud de las disposiciones internacionales sobre derechos humanos y la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006 de promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos vulnerables, los países que carecen de legislación contra la discriminación deberán promulgarlas.

9. Las leyes contra la discriminación sólo alcanzarán su objetivo si se aplican de la forma adecuada y si se ven avaladas por iniciativas de carácter más amplio contra la estigmatización. Muchos países no miden de forma sistemática la estigmatización y la discriminación ligadas al VIH, no ponen en marcha ni aplican a gran escala los programas para reducir la estigmatización y la discriminación, ni conceden prioridad en sus iniciativas nacionales a aquéllos que capacitan a los afectados para beneficiarse de las salvaguardias legales.

Eliminar las restricciones asociadas al VIH en materia de entrada, estancia y residencia

10. En 2008 aproximadamente 60 países contaban con disposiciones que restringían la entrada, la estancia o la residencia de las personas conforme al criterio exclusivo de que eran VIH positivos. Estas disposiciones no sólo son discriminatorias, sino que pueden acarrear consecuencias muy graves para los

individuos interesados en emigrar, obtener asilo, reunirse con su familia, estudiar, hacer negocios o participar en conferencias sobre la política y las prácticas relativas al VIH.

11. En 2008, el Equipo internacional de trabajo sobre restricciones para viajar relacionadas con el VIH, compuesto por gobiernos, organizaciones internacionales y participantes de la sociedad civil, recalcó que tales restricciones no protegen la salud pública ni representan una estrategia racional o justa para evitar los costos asociados al tratamiento del VIH. Recientemente, se ha informado sobre ciertos progresos alcanzados en la derogación de estas leyes contraproducentes. Tayikistán suprimió recientemente este tipo de restricciones y, al parecer, los Gobiernos de China, los Estados Unidos de América y Namibia están tomando medidas para suprimir sus restricciones.

Tipificar como delito la transmisión del VIH: una amenaza creciente para una respuesta eficaz

12. Aunque durante muchos años una serie de países de renta elevada ha tipificado como delito la transmisión o la exposición al VIH, más de 15 países africanos promulgaron tales leyes en 2007 ó 2008. Por regla general, esta legislación especial sobre el VIH impone sanciones penales a las personas que transmiten el VIH o exponen a terceros al virus. No hay pruebas de que estas leyes excesivamente amplias y mal definidas tengan un efecto disuasorio sobre las personas en cuanto a la transmisión del VIH, y existe una gran inquietud en cuanto a que refuerzan la estigmatización asociada al VIH y disuaden a la gente de conocer o revelar su situación en relación al VIH.

13. Actuar de mala fe para transmitir deliberadamente el VIH justifica la imposición de sanciones. No obstante, los datos indican que este tipo de conducta es extremadamente rara, ya que la mayoría de las personas que reciben un resultado positivo en las pruebas del VIH adoptan medidas para evitar infectar a los demás. En tales casos, ya existen las disposiciones generales del código penal para castigar este tipo de comportamiento dañino. Promulgar leyes especiales para el VIH y aplicarlas a categorías generales de comportamiento perpetúa la idea de que las personas que viven con el VIH son individuos peligrosos, indignos de la solidaridad social. Esta idea no concuerda con los datos, ni con el compromiso recogido en la Declaración política de 2006 de crear un entorno social y jurídico que dé seguridad a quienes deseen revelar voluntariamente su estado en relación con el VIH.

14. Una legislación demasiado amplia puede dar lugar al enjuiciamiento de personas que desconocen que están infectadas o no comprenden cómo se transmite el VIH, o incluso de quienes han revelado a su pareja su condición de seropositivos o han adoptado precauciones para reducir el riesgo de contagio. También existen pruebas de que tales leyes se aplican de forma desproporcionada a los integrantes de grupos marginados.

15. Los partidarios de la legislación que tipifica como delito la transmisión del VIH aluden a menudo a la necesidad de proteger a las mujeres, colocadas con frecuencia en una situación de riesgo debido a las pautas sexuales de sus maridos o parejas de sexo masculino. No obstante, estas leyes pueden dar lugar de hecho a un número desproporcionado de procesos judiciales contra las mujeres. Dado que, por lo general, éstas utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres debido a los embarazos o al acceso a los servicios de planificación

familiar, a menudo son ellas las primeras que reciben un diagnóstico positivo del VIH y pueden ser objeto de acciones legales por “introducir el VIH en la relación” o ser acusadas de exponer a sus hijos recién nacidos al virus.

16. Además de tipificar como delito la transmisión del VIH, muchos países aplican sanciones penales a las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, al comercio sexual y al uso de drogas inyectadas. Estas leyes constituyen un grave obstáculo para poner los servicios del VIH al alcance de grupos clave de la población. Es necesario despenalizar estos comportamientos y, en el caso de las drogas inyectadas, los toxicómanos deberían recibir atención de los servicios sanitarios para tratar su dependencia.

17. En vez de recurrir a las disposiciones penales, los gobiernos deberían ampliar y aplicar la legislación para proteger a las personas de la discriminación asociada al VIH y de la violencia sexual, así como para garantizar su acceso a la información, los servicios y los productos sanitarios vinculados al VIH. Una amplia experiencia demuestra que los programas para modificar los comportamientos que entrañan riesgos, complementados con unas sólidas salvaguardias de los derechos humanos, aventajan considerablemente en eficacia al uso contraproducente de sanciones penales u otro tipo de medidas coercitivas para controlar el VIH.

III. Acceso universal

18. La promoción del acceso universal ha unido a la comunidad internacional para ampliar los servicios relacionados con el VIH en todo el mundo. Hasta febrero de 2009, 111 países habían establecido una cobertura nacional y objetivos para la consecución del acceso universal. Se habían desarrollado nuevas fuentes de suministro y coordinación de la asistencia técnica, como instalaciones de asistencia técnica regionales, centros de conocimientos sobre el VIH y un equipo de apoyo para la ejecución a nivel mundial, a fin de colaborar con los países en la ampliación del alcance de los programas. También se han mejorado los sistemas de seguimiento y evaluación nacionales, de modo que se realice un seguimiento más transparente y puntual de los logros y se identifiquen los problemas pendientes en la cobertura y la calidad de los servicios.

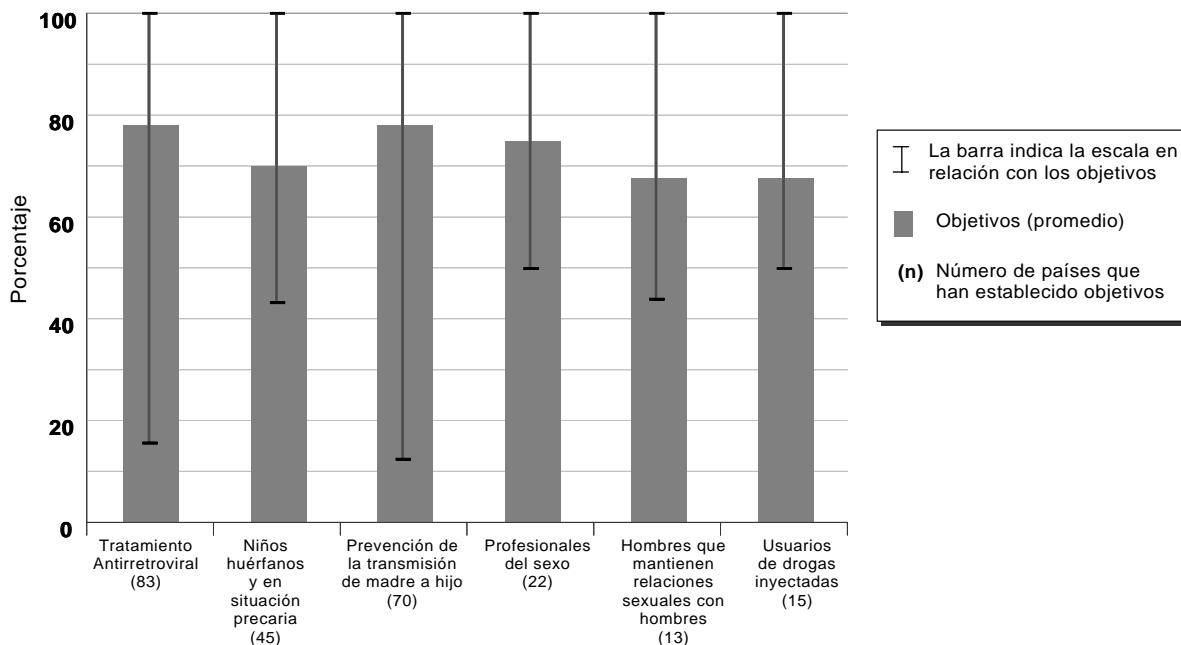
El concepto de acceso universal

19. La expresión “acceso universal” no implica que el 100% de las personas puedan acceder a la totalidad de las iniciativas en materia de prevención, tratamiento, atención y asistencia, sino que refleja el compromiso a escala mundial de avanzar de forma mensurable y continuada hacia un grado considerablemente superior de cobertura en relación con las medidas eficaces y necesarias para gestionar las diversas epidemias. El concepto de acceso universal significa que los servicios deben ser equitativos, accesibles, asequibles, completos y adaptados a las necesidades individuales. El acceso universal no se concentra únicamente en el logro de resultados cuantificables, sino que representa un nuevo modo de enfocar la salud y el desarrollo a escala internacional. Se basa en los derechos y en las soluciones, se fundamenta en la iniciativa y los recursos de solución de problemas nacionales, y su premisa es la máxima responsabilidad y transparencia.

20. Según se muestra en el gráfico II, los países han adoptado una serie de objetivos de cobertura para los distintos factores englobados en el acceso universal

y, en su mayoría, se han fijado metas ambiciosas pero asequibles. Mientras que algunas de las metas definidas por los países para 2010 son menores que otras, esto refleja sobre todo las diferencias en los plazos previstos por dichos países para ampliar la escala de sus servicios de VIH, y no su falta de empeño en alcanzar el acceso universal.

Gráfico II
Número de países que disponen de objetivos de cobertura para los distintos servicios en 2010



21. Los países con distintos tipos de epidemias conceden prioridad a diferentes servicios relacionados con el VIH. La combinación concreta de iniciativas depende de una serie de factores, entre los que se incluye la prevalencia del VIH, la importancia relativa de las distintas modalidades de transmisión del VIH, el alcance y la distribución de las principales deficiencias del servicio y los grupos concretos más afectados por la epidemia.

22. Los copatrocinadores del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA) y la Secretaría han abanderado las iniciativas para asistir a los países a fin de lograr el acceso universal facilitando los foros de diálogo y los procesos de establecimiento de objetivos impulsados por cada país, trabajando con los socios en la evaluación de las necesidades de recursos para el acceso universal y asignando al progreso hacia el acceso universal un lugar central en el plan de trabajo conjunto del ONUSIDA. Con un nuevo liderazgo, el ONUSIDA ha reafirmado el acceso universal como su máxima prioridad.

El acceso universal: una meta ambiciosa pero asequible

23. Aunque conseguir el acceso universal es una empresa ambiciosa, la experiencia en diferentes regiones demuestra que está a nuestro alcance. El uso de medicamentos antirretrovirales se multiplicó más de cinco veces en Camboya durante el período comprendido entre 2004 y 2007. En el Senegal, Sudáfrica y Tailandia, el número de personas que recibió tratamiento antirretroviral se duplicó entre 2005 y 2007, y en Europa oriental y central se registraron tasas de crecimiento aún más elevadas en el acceso a este tipo de medicación.

24. Un progreso similar se ha conseguido en los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo. En 2007, Botswana había alcanzado los objetivos nacionales de acceso universal para los servicios de prevención del VIH en el período prenatal. Otros países, entre los que figuran la Argentina, Belarús, Benín, el Brasil, la Federación de Rusia, Georgia, Kazajstán, Kenya, Namibia, la República de Moldova, Rwanda, Swazilandia y Ucrania también han logrado avances fundamentales para lograr el acceso universal en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo.¹

25. Los datos demuestran que es posible conseguir logros importantes en la prevención del VIH. En 14 de los 17 países africanos estudiados, el porcentaje de mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que vivía con el VIH descendió entre 2000 y 2007, y 9 países ya han logrado la reducción del 25% en la prevalencia del VIH que se pedía en la Declaración de compromiso de 2001.

Un imperativo permanente

26. Mientras que las cifras de nuevas infecciones por el VIH siguen superando las de muertes causadas por el SIDA, continúa creciendo el número de personas que viven con el VIH, lo que incrementa el número de quienes necesitarán servicios terapéuticos en el futuro. El imperativo de ofrecer tratamiento a quienes lo necesitan pone de manifiesto la necesidad urgente de reforzar y ampliar la infraestructura para suministrar tratamientos antirretrovirales en los países de ingresos bajos y medios.

27. Si no se avanza más en la prevención de las nuevas infecciones del VIH, su ritmo seguirá superando al de la ampliación de los programas de tratamiento. La experiencia en varios países ha demostrado que una combinación de medidas de prevención permite reducir notablemente la tasa de nuevas infecciones de VIH. En Namibia, por ejemplo, una combinación de educación sobre el VIH basada en los hábitos de vida, asesoramiento voluntario y pruebas, junto con una amplia distribución de preservativos, contribuyó a recortar la prevalencia del VIH entre las jóvenes embarazadas de un 18% en 2003 a un 14% en 2007. Se calcula que el cumplimiento de los objetivos de acceso universal definidos por el país en los países de ingresos bajos y medios en 2010 evitaría 2,6 millones de nuevas infecciones y 1,3 millones de muertes en 2009 y 2010.

¹ Además de la adopción de objetivos específicos del país para prevenir la transmisión de madre a hijo como parte del logro del acceso universal, los Estados Miembros también adoptaron el objetivo mundial establecido en la Declaración de compromiso de 2001 de conseguir una cobertura del 80% para los servicios de prevención generales en el período prenatal antes de 2010.

28. Los programas combinados de prevención se basan en una mezcla adecuada de estrategias de prevención del VIH centradas en el comportamiento, así como en aspectos biomédicos y estructurales, para abordar las necesidades especiales de las personas que corren riesgo de infectarse con el virus². La prevención eficaz del VIH se centra de forma particular en los jóvenes, afectados de manera desproporcionada por el VIH en todas las regiones.

Centrarse en quienes corren mayor riesgo

29. No se da una distribución homogénea ni en cuanto al riesgo de infección del VIH ni en cuanto al efecto de la enfermedad. En el África meridional, por ejemplo, la probabilidad de infección es entre 2 y 4,5 veces superior en el caso de las adolescentes que en el de los varones de la misma edad. En la práctica totalidad de los países, la prevalencia del VIH es mucho mayor en ciertos grupos que entre la población en general.

30. A medida que se amplían, los servicios deberían estar más centrados en quienes los necesitan y tomar en cuenta las necesidades especiales y los obstáculos al acceso que experimentan ciertas comunidades. Por ejemplo, en Europa del Este, los usuarios de drogas inyectadas representan más del 80% de las personas que viven con el VIH, pero suponen menos de un 25% de quienes reciben tratamiento antirretroviral. Según el ONUSIDA, sólo hay una correspondencia adecuada entre los programas de prevención y las necesidades nacionales en el 10% de los países.

31. Además de ampliar el acceso a los servicios de prevención para las mujeres y las jóvenes, los países deben redoblar sus esfuerzos por abordar las desigualdades entre los géneros que hacen que las mujeres y las niñas estén más expuestas al VIH. Los asociados nacionales deben trabajar para garantizar el acceso universal a la educación primaria y secundaria, implantar medidas para prevenir la violencia basada en el género, y asegurar la adopción e imposición de marcos jurídicos sólidos que reconozcan los derechos de propiedad, sucesión, participación política equitativa e igualdad de oportunidades económicas para las mujeres.

Llegar a los niños que viven con el VIH o se ven afectados por el virus

32. Es necesario adoptar iniciativas especiales para asegurar el acceso a los servicios de los niños que viven con el VIH o se ven afectados por el virus. Según se destacó en el informe de febrero de 2009 de la Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS, la respuesta al SIDA está dejando de lado a millones de niños y a sus familias. Los niños infectados con el VIH tienen un 50% de posibilidades de morir antes de cumplir los dos años si no reciben tratamiento. Sin embargo, durante los dos primeros meses de vida tan sólo se somete a las pruebas al 8% de los hijos de mujeres infectadas con el VIH, y en el África subsahariana estos niños tienen menos posibilidades de recibir tratamiento que los adultos. Es posible avanzar rápidamente para incrementar el acceso al tratamiento en la infancia. En 2008, aumentó en un 51% el número de niños en tratamiento antirretroviral a través del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR).

² Véase el *Documento de posición sobre políticas del ONUSIDA (2005) titulado “Intensifying HIV prevention”* en http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PolicyGuidance/UmbrellaPolicies/Prevention_Umbrella_Policies.asp.

33. Aproximadamente 15 millones de niños, un 80% de los cuales vive en el África subsahariana, han perdido a uno o ambos progenitores a causa del SIDA. El número de niños huérfanos o en situación precaria debido a la epidemia subraya la necesidad urgente de reforzar los sistemas de bienestar y protección social de la infancia.

El acceso universal: las perspectivas para después de 2010

34. Lograr el acceso universal tendrá un efecto que se dejará sentir mucho más allá de 2010 fecha, fijada como hito. Un mayor acceso a los servicios de prevención del VIH podría prevenir más de la mitad de todas las nuevas infecciones del VIH que se producirían en su defecto entre el momento actual y 2015. Lograr el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, en el que se exhorta al mundo a haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015, favorecerá la consecución de otros Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular los objetivos cuarto y quinto, centrados en la salud de los niños y de las mujeres respectivamente.

35. La meta del acceso universal ya ha generado importantes beneficios, al promover una mayor descentralización de las iniciativas nacionales, fomentar el compromiso de la sociedad civil y de las personas que viven con el VIH, reforzar los lazos entre la salud sexual y la salud reproductiva, y contribuir a los sistemas nacionales de gestión de la adquisición y el suministro de medicamentos, reglamentación farmacéutica y recursos humanos.

Involver a un gran número de sectores en el logro del acceso universal

36. Aunque los gobiernos nacionales son responsables de dirigir la lucha contra el SIDA, el acceso universal exige la participación de una serie de asociados no gubernamentales. Entre las diversas partes que contribuyen activamente a las iniciativas a favor del acceso universal, la Coalición de redes regionales de Asia y el Pacífico contra el VIH/SIDA ha elaborado unos criterios mínimos para la participación de la sociedad civil en la campaña por el acceso universal. La Coalición internacional de preparación para el tratamiento publica informes periódicos basados en los estudios realizados en los países de ingresos bajos o medios para evaluar el progreso en la ampliación del acceso al tratamiento. Las redes regionales de reducción de daños están fomentando activamente el acceso universal a los servicios relacionados con el VIH de los usuarios de drogas inyectadas.

37. Mantener el impulso a favor del acceso universal en 2010 y con posterioridad a esta fecha seguirá exigiendo una participación amplia y permanente de diferentes sectores. La lucha contra el SIDA ha contribuido a forjar mecanismos nuevos, de carácter incluyente y participativo, para la elaboración, programación y aplicación de políticas, así como para su seguimiento y evaluación. Es necesario reforzar este enfoque y dotarlo de mayor agilidad para encarar el reto a largo plazo que supone el SIDA con una respuesta en consonancia, de amplio alcance y que cuente con un respaldo general.

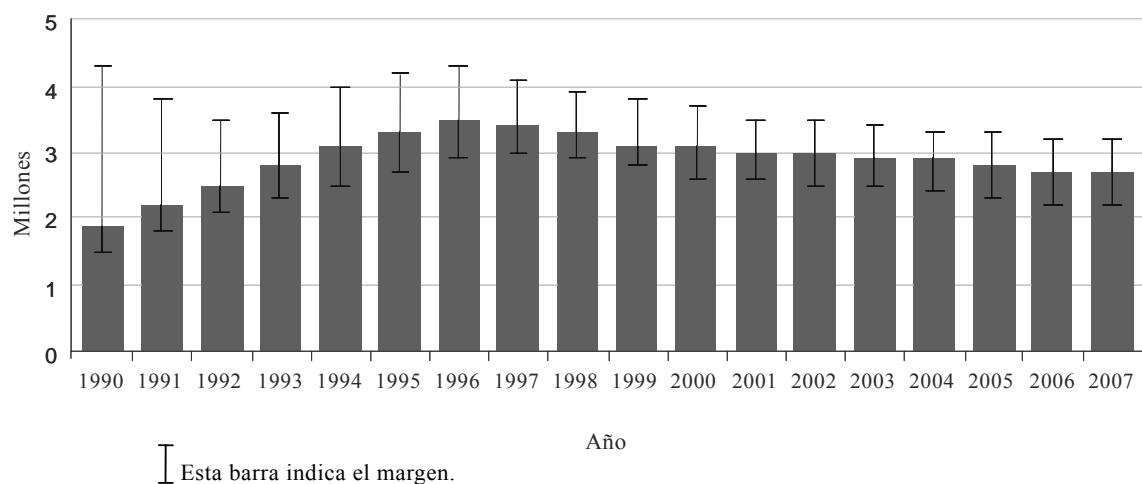
IV. Adaptar la respuesta frente al SIDA a los contextos nacionales y locales

38. Los países deben conocer su epidemia y su respuesta a fin de que puedan seleccionar las intervenciones adecuadas y adaptar las estrategias basadas en datos comprobados para tratar situaciones nacionales y subnacionales específicas. Al adaptar las respuestas a la dinámica de la epidemia no sólo se reducen el derroche y la ineeficacia, sino que también se aumenta el impacto de las iniciativas nacionales.

Situación actual de la epidemia

39. En 2007, vivían con el VIH unos 33 millones de personas. El número anual de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido exponencialmente en el último decenio, al pasar de un máximo de 3,5 millones en 1996 a 2,7 millones en 2007 (véase el gráfico III), mientras que el número anual de personas que mueren de SIDA ha descendido también, de 2,2 millones en 2005 a 2,0 millones en 2007. En total, el 96% de las nuevas infecciones por el VIH en 2007 se produjeron en países de ingresos bajos y medios. En 2007, resultaron infectados por el VIH 80.000 niños de edades inferiores a los 15 años menos que en 2000, en parte debido al aumento de la cobertura para los servicios destinados a prevenir la transmisión de la madre al niño.

**Gráfico III
Cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo,
1990-2007**



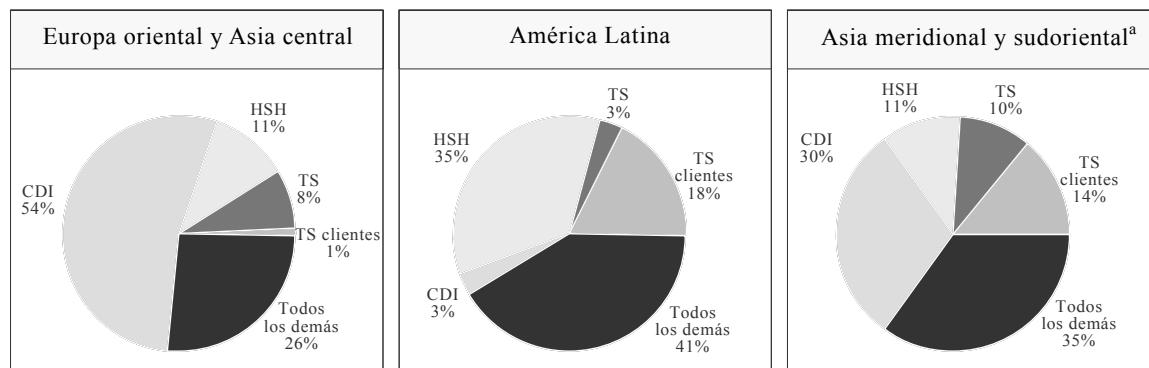
Diversidad de la pandemia del VIH

40. La epidemia del VIH no es homogénea, y afecta a diferentes poblaciones y entornos geográficos de maneras distintas (véase el gráfico IV). Las mujeres representan al menos el 60% de las nuevas infecciones por el VIH en el África Subsahariana, mientras que los hombres representan la mayoría de las personas que viven con el VIH en otras regiones. Los adolescentes y los adultos jóvenes son los que tienen más probabilidades de resultar infectados.

41. En el África Subsahariana predomina la transmisión heterosexual y hay una prevalencia especialmente alta del VIH en el África meridional, que representaba el 35% de todas las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo en 2007. Los perfiles epidemiológicos en otras regiones son diversos. En América Latina, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres constituyen el grupo con más probabilidades de contraer la infección, y un importante número de infecciones también se producen entre los trabajadores del sexo y sus clientes y entre las personas que consumen drogas inyectadas. Del mismo modo, las epidemias asiáticas se caracterizan por vías de transmisión diversas, y muchas epidemias nacionales se propagan debido a altos niveles de infección entre los consumidores de drogas inyectadas y los trabajadores del sexo y sus clientes. Si bien el uso de jeringas y agujas contaminadas sigue siendo la principal causa de nuevas infecciones en Europa oriental y el Asia central, una proporción cada vez mayor de los nuevos casos de infección es de transmisión sexual.

Gráfico IV

Proporciones de infecciones de VIH en varios grupos de población por regiones, 2007



CDI: Consumidores de drogas inyectadas

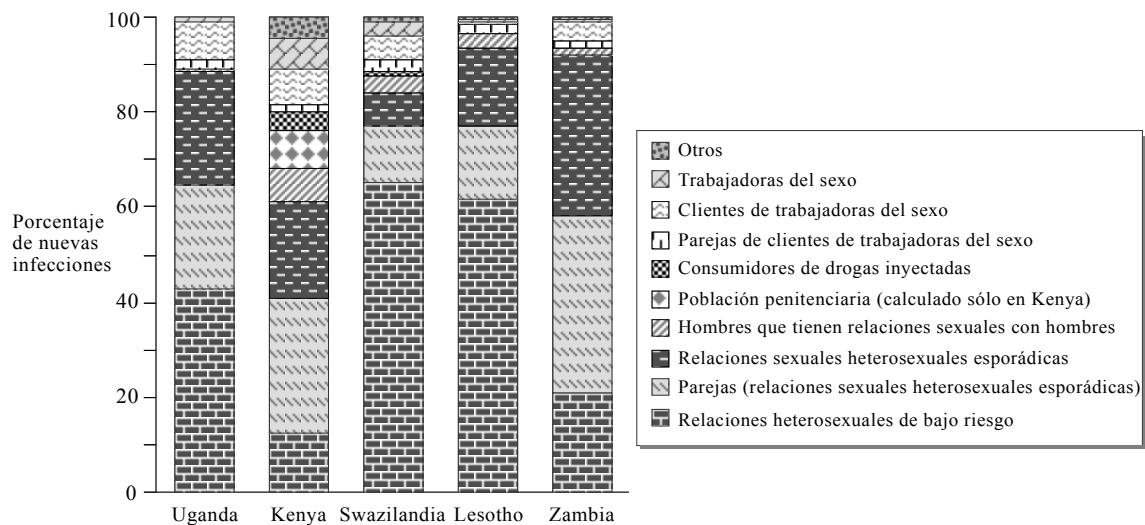
HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

TS: Trabajadores del sexo

^a La India fue omitida en este análisis debido a que el alcance de su epidemia de VIH (que afecta principalmente a heterosexuales) oculta la medida en que otras poblaciones en situación de riesgo forman parte de la epidemia de la región.

42. La sorprendente diversidad de las epidemias nacionales puede observarse en el gráfico V. Aunque la transmisión heterosexual es una fuente importante de nuevas infecciones por el VIH en cada uno de los países africanos reseñados, las subpoblaciones heterosexuales más expuestas a riesgos varían. Aunque los heterosexuales que forman parte de parejas casadas o en cohabitación representan una minoría de las nuevas infecciones en Kenia, Uganda y Zambia, en Lesotho y Swazilandia representan la mayoría de las nuevas infecciones.

Gráfico V
Modalidades de transmisión en las nuevas infecciones por el VIH
en diferentes países subsaharianos



43. Desde hace tiempo vienen documentándose altas tasas de prevalencia del VIH entre los trabajadores del sexo en el África Subsahariana y otras regiones. En los últimos años, también han aparecido pruebas de una alta prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y entre los consumidores de drogas inyectables en el África Subsahariana, donde anteriormente no se comprendía bien su contribución a las epidemias nacionales. En Malawi, más de uno de cada cinco hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están viviendo actualmente con el VIH, y en el suroeste de Nigeria, la prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es 3,5 veces mayor que la del país en general. En Kenya, más de cuatro de cada 10 consumidores de drogas inyectables viven con el VIH, y en Sudáfrica, una de cada ocho personas que consumen drogas inyectables están infectadas.

Nuevas estrategias para ayudar a los países a conocer su epidemia y su respuesta a ella

44. A fin de adaptar eficazmente las respuestas nacionales a su contexto nacional, los países necesitan tener acceso a pruebas fiables y oportunas sobre su epidemia. Han aparecido nuevas herramientas y mejores métodos para ayudar a los países a recoger y analizar la información que necesitan para adaptar sus respuestas nacionales a la epidemia. Cada vez más países están utilizando análisis de los modos de transmisión para conocer el ritmo al que se producen las nuevas infecciones y los grupos más afectados.

45. Estos estudios están ayudando a los países a revisar sus estrategias de lucha contra el SIDA en respuesta a los datos epidemiológicos comprobados. En Uganda, por ejemplo, se estimó que el 43% de las nuevas infecciones se producían entre las parejas casadas o en cohabitación. Esta información orientó a los encargados de la formulación de políticas de Uganda hacia estrategias para prevenir la transmisión del VIH dentro de las parejas, como el asesoramiento a parejas y los programas para alentar a las personas a evitar tener múltiples parejas sexuales al mismo tiempo o a reducir el número de sus parejas sexuales.

46. Los datos recientes han puesto de relieve necesidades en relación con la prevención que anteriormente no se conocían o estaban poco documentadas. Por ejemplo, a raíz de los descubrimientos epidemiológicos, los funcionarios nacionales de Kenia ahora están tomando medidas para complementar las estrategias encaminadas a promover la reducción de los riesgos en la población en general con iniciativas específicas para prevenir nuevas infecciones entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre los consumidores de drogas inyectadas y en las comunidades con una alta tasa de prevalencia.

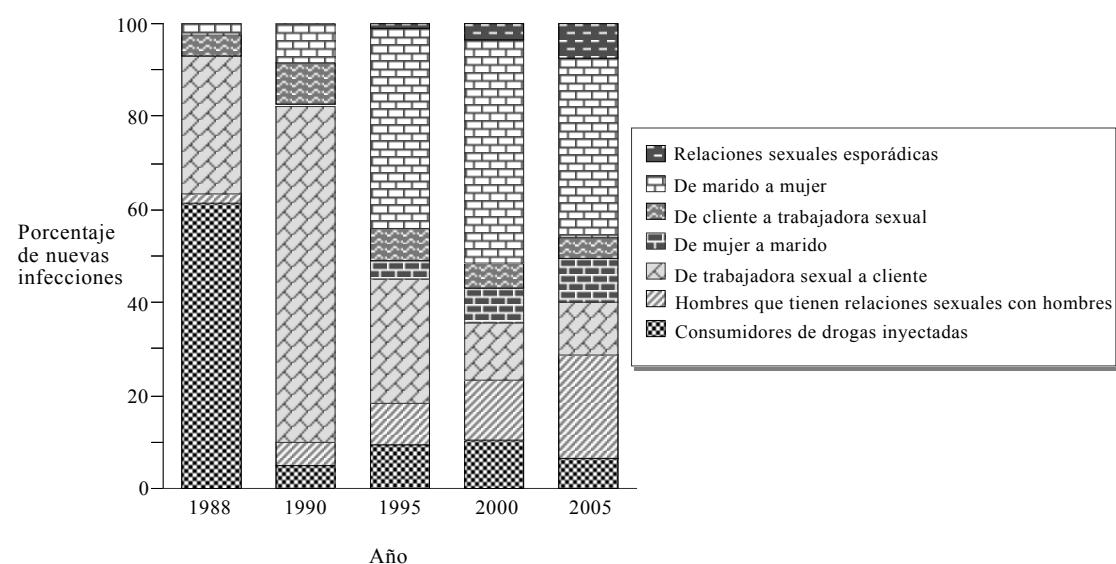
47. Las pautas de las relaciones y la dinámica de las redes de relaciones sexuales también facilitan la rápida propagación del VIH. Los análisis sugieren que, en particular, una alta prevalencia de parejas sexuales simultáneas acelera la propagación del VIH a través de las redes de relaciones sexuales después de su introducción. En los países donde la epidemia está concentrada en los consumidores de drogas inyectadas, una proporción cada vez mayor de las nuevas infecciones se produce entre las parejas sexuales de los consumidores de drogas inyectadas. Para determinar exactamente la serie de estrategias que será más eficaz para abordar las necesidades nacionales, la vigilancia epidemiológica debe ir acompañada de investigaciones sociales, etnográficas y de comportamiento adecuadas.

Responder a los cambios de las necesidades

48. Los estudios epidemiológicos en curso examinan en qué medida cambian las epidemias nacionales y subnacionales a lo largo del tiempo, lo cual pone de manifiesto la necesidad de reorientar los programas terapéuticos o de prevención del VIH. Si bien la epidemia en Tailandia anteriormente estaba causada por la transmisión del VIH asociada a la prostitución, las pruebas recientes indican que muchas nuevas infecciones por el VIH se están produciendo entre la población en general, incluida la transmisión de maridos a mujeres, y que hay una cantidad importante de nuevas infecciones entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (véase el gráfico VI).

Gráfico VI

Cambio de pautas de las nuevas infecciones en Tailandia, 1988-2005



Revisar las respuestas programáticas y de política

49. La continua evolución de las epidemias nacionales pone de relieve la importancia de mantener sistemas nacionales sólidos de supervisión, evaluación y vigilancia en relación con el VIH. Estos sistemas proporcionan a los directores de programas la información estratégica necesaria para mejorar y ampliar los servicios, promover una mayor rendición de cuentas entre las partes interesadas y ayudar a los países a movilizar recursos determinando los éxitos o las deficiencias nacionales. El mantenimiento de la flexibilidad para reorientar los recursos hacia donde más se necesitan depende de un liderazgo y una gestión racionales en el plano nacional, que se reflejen en una energética autoridad nacional en materia de SIDA y en un sólido compromiso multisectorial.

50. Los países deben estar preparados para adoptar y ampliar nuevas tecnologías y estrategias y asegurar su aceptabilidad una vez que hayan sido introducidas. Por ejemplo, el continuo bajo nivel de aceptación del asesoramiento y de la realización de análisis voluntarios hizo que varios países pusieran en práctica servicios de realización de análisis y de asesoramiento iniciados por el proveedor, lo que ha aumentado significativamente el número de personas que conocen su estado en relación con el VIH.

51. De modo similar, varios países con una alta tasa de prevalencia del VIH y una baja proporción de hombres circuncidados están adoptando medidas para introducir o ampliar los servicios de circuncisión de hombres adultos, que, según muestran los estudios, reduce el riesgo de transmisión sexual de la mujer al hombre en cerca de un 60%. Los encargados de la formulación de políticas deben aprovechar la orientación, el apoyo técnico y la financiación para apoyar un mayor acceso a servicios de circuncisión masculina seguros y adecuados, adoptando medidas para asegurar que estas estrategias se complementen con iniciativas firmes de promoción de los preservativos. En los próximos años, es posible que aparezcan más mecanismos de prevención, como los microbicidas o la profilaxis antirretroviral previa a la exposición para evitar la transmisión sexual, lo que subraya aún más la necesidad de que los encargados de la formulación de políticas adopten y apliquen nuevas estrategias.

52. También son necesarias la vigilancia y la flexibilidad en el plano nacional con respecto al tratamiento del VIH. Con el apoyo de organismos técnicos y donantes internacionales, los países deben evaluar la aparición de resistencia a los medicamentos antirretrovirales, supervisar la toxicidad de los medicamentos y prever la necesidad de nuevos medicamentos y regímenes antirretrovirales. Se necesita urgentemente seguir progresando en la integración de los servicios relacionados con el VIH y con la tuberculosis.

Servicios para las poblaciones marginadas

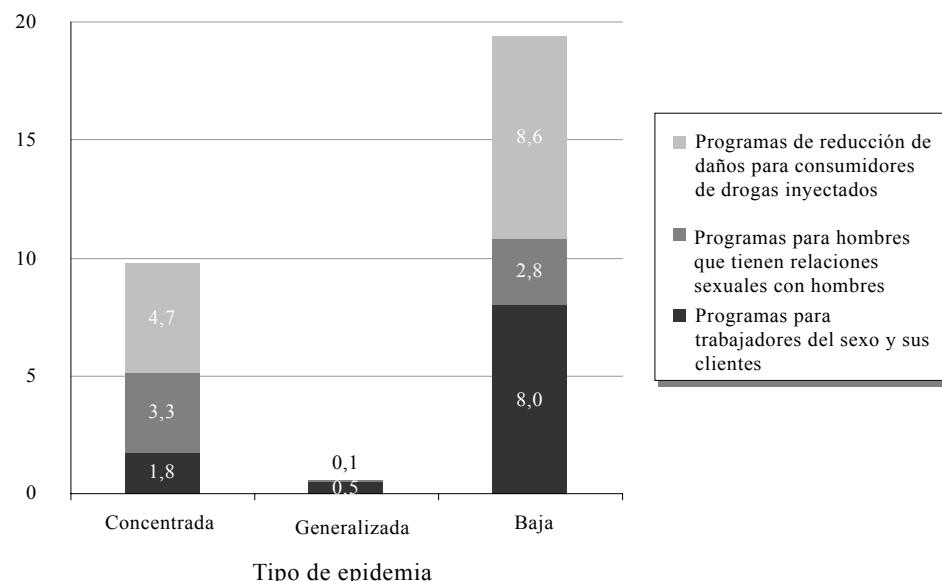
53. Las poblaciones marginadas más expuestas al riesgo de infección por el VIH merecen un esfuerzo especial para asegurar el acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH (véase el gráfico VII). En muchos países con epidemias concentradas, menos del 10% del gasto en prevención del VIH en 2006 se destinó a las poblaciones en mayor situación de riesgo. Las encuestas sobre 40 países indicaron que en 2007 sólo se atendió a aproximadamente una de cada cuatro personas que consumen drogas inyectadas mediante los servicios más básicos de prevención, y menos de la mitad tenían conocimientos suficientes

sobre el modo de prevenir la transmisión del VIH. El número de países que han establecido metas de cobertura para los servicios destinados a los consumidores de drogas inyectadas sigue siendo bajo (véase el gráfico II).

54. Del mismo modo, pocos países han formulado metas en materia de servicios para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (véase el gráfico II). El impacto del acceso limitado a los servicios está ilustrado claramente en el rápido aumento de las tasas de infección por el VIH en muchos lugares de Asia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Asimismo, aunque un porcentaje significativo de las nuevas infecciones en muchas epidemias generalizadas se producen entre los trabajadores del sexo o sus clientes, en 2006 sólo se dedicó el 0,5% del gasto en prevención en los países con una alta tasa de prevalencia a programas para prevenir la transmisión del VIH a través de la prostitución.

55. La cobertura de los servicios relacionados con el VIH en los asentamientos de refugiados ha aumentado notablemente, y el tratamiento antirretroviral y la prevención de la transmisión de la madre al niño llegaron, respectivamente, al 75% y al 68% de los refugiados que los necesitaban en 2008. Sin embargo, sigue habiendo importantes desafíos programáticos y de política en la atención a las poblaciones afectadas por emergencias, incluida la incapacidad de muchos planes estratégicos nacionales y subvenciones de donantes para dar prioridad a los servicios destinados a los emigrantes, los refugiados y los desplazados internos.

Gráfico VII
Porcentaje de gasto en las poblaciones expuestas a un mayor riesgo, del total de gastos en prevención, por tipo de epidemia, datos disponibles más recientes, 2005-2007



Abordar los factores sociales y estructurales determinantes del riesgo de contraer el VIH y la vulnerabilidad al virus

56. A fin de adaptar las estrategias de política y programáticas a las necesidades nacionales, los países deben entender los factores sociales y estructurales que aumentan la vulnerabilidad frente al VIH. Si no se abordan estos factores, podrían obstaculizar el progreso hacia el acceso universal. El estigma y las desigualdades basadas en el género en relación con el VIH restan posibilidades a las personas y hacen que les resulte difícil reducir su riesgo de contraer la infección o acceder a servicios relacionados con el VIH. Mediante programas específicos se puede reducir la prevalencia y los efectos del estigma y las desigualdades basadas en el género, aunque estos proyectos generalmente no se han llevado a cabo a escala nacional para lograr un impacto importante.

57. Si no se abordan los factores que aumentan la vulnerabilidad de los grupos más expuestos al riesgo de contraer el VIH se frenará el progreso hacia el acceso universal. Por miedo al ostracismo o a los malos tratos, muchos miembros de esos grupos evitan someterse a pruebas de detección del VIH o solicitar información o servicios relacionados con el VIH. Las actitudes discriminatorias también disuaden a los encargados de la formulación de políticas de aplicar medidas de prevención y tratamiento del VIH racionales y centradas en los grupos que más las necesitan. En 2007, más de 90 países tenían en vigor leyes que prohibían los actos sexuales consensuales entre adultos del mismo sexo. En 2008, la terapia de sustitución de opioides sólo estaba disponible en 52 países, y había una amplia variación en cuanto a la dimensión, el alcance y la calidad de estos programas. Además, incluso en los países donde la terapia de sustitución de opioides está disponible en la comunidad, a menudo se interrumpe en el caso de los consumidores de drogas cuando ingresan a la cárcel.

58. Las experiencias recientes ponen de manifiesto la posibilidad de superar los obstáculos para la elaboración de políticas racionales mediante un liderazgo firme y valiente. Varios países, entre ellos China, Malasia, la República Islámica del Irán, Ucrania y Viet Nam han tomado medidas para aumentar el acceso a la terapia de sustitución de drogas, haciendo caso a las pruebas de que esta terapia contribuye a reducir la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectadas. La India ha ampliado los servicios de salud para los trabajadores del sexo en las zonas donde hay una alta tasa de prevalencia del VIH. En 2008, Nicaragua y Panamá aplicaron reformas jurídicas por las que se eliminaron las prohibiciones penales del sexo entre hombres, y en febrero de 2009, el Senado de Burundi rechazó un proyecto de ley para imponer sanciones penales por la conducta homosexual.

V. Mantener una respuesta al VIH a largo plazo

59. La pandemia del VIH, reconocida por primera vez hace casi tres decenios, seguirá siendo un desafío mundial importante en las generaciones futuras. Hasta ahora, la respuesta se ha caracterizado por un enfoque de crisis a corto plazo para lograr resultados rápidos. Cada vez resulta más evidente que se necesitará un compromiso, apoyo y recursos financieros sostenidos en los próximos decenios para prevenir nuevas infecciones, reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH y ayudar a las sociedades, las comunidades y los hogares a hacer frente a la carga de la epidemia.

Crear una capacidad nacional sostenible

60. Para mantener una respuesta a largo plazo se necesita invertir en medidas para crear una capacidad duradera en muchos países de ingresos bajos y medios. Por ejemplo, pese a que el África Subsahariana representa dos tercios de todas las personas que viven con el VIH, sólo el 3% de los proveedores de atención sanitaria de todo el mundo viven en la región. La escasez de trabajadores sanitarios del sector público en los países afectados por el VIH se agrava debido a la baja remuneración, las malas condiciones de trabajo y la emigración de los trabajadores para conseguir empleos mejor remunerados en el sector privado o en otros países. Además, los esfuerzos para aumentar el alcance de los servicios esenciales relacionados con el VIH también se ven entorpecidos por otras limitaciones de la capacidad, como la insuficiente infraestructura física, la escasez de equipo de laboratorio y de otro tipo y el escaso desarrollo de los sistemas para la reglamentación, la adquisición y la gestión del suministro de los medicamentos.

61. Lograr y mantener el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH depende de la existencia de sistemas de salud racionales y en buen funcionamiento. Sin embargo, la rápida ampliación de los servicios relacionados con el VIH en entornos con recursos limitados ha conllevado acusaciones de que la respuesta frente al SIDA podría estar menoscabando los sistemas de salud frágiles, al desviar la atención de las prioridades sanitarias locales y aprovechar recursos que correspondería asignar a otras cuestiones de salud prioritarias. No obstante, ha habido un aumento pronunciado de la asistencia oficial para el desarrollo en los últimos ocho años para la prestación de atención sanitaria, relacionada o no con el VIH.

62. Los datos obtenidos en Haití, Rwanda y otros países indican que la creación de nuevos servicios específicos en relación con el VIH puede mejorar los servicios no relacionados con el VIH, como la inmunización, las medidas para controlar la tuberculosis y la malaria, los servicios de salud sexual y reproductiva y la atención de la salud materna e infantil. La ampliación de los servicios relacionados con el VIH también está contribuyendo a empoderar a los pacientes e implicar a las comunidades en la educación de los pacientes, la promoción de la atención sanitaria y las iniciativas para promover la fidelidad de los pacientes y mejorar los resultados médicos. Además, el acceso cada vez mayor a terapias antirretrovirales y servicios de prevención del VIH reducirá la carga de los sistemas de atención sanitaria y ayudará a garantizar que los trabajadores sanitarios que viven con el VIH puedan continuar llevando una vida productiva. La ampliación de los servicios relacionados con el VIH también ha contribuido a aumentar la delegación de responsabilidades en los servicios de atención de salud de los médicos al personal de enfermería u otros miembros del personal, lo que ha ayudado a aprovechar mejor los limitados recursos humanos.

63. Dada la importancia de contar con sistemas de salud sólidos para el acceso universal, debe hacerse el máximo esfuerzo posible para incorporar medidas destinadas a fortalecer los sistemas de salud y ampliar al mismo tiempo los servicios relacionados con el VIH. Hay indicios alentadores de que eso está ocurriendo. Por ejemplo, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria está alentando activamente a los países a incorporar el fortalecimiento de los sistemas de salud en las propuestas de financiación. El Gobierno de los Estados Unidos de América ha adoptado medidas para que su financiación para la lucha

contra el VIH apoye el fortalecimiento de sistemas generales de atención de la salud en los países de ingresos bajos y medios, así como intervenciones para luchar contra la tuberculosis y la malaria. En Ghana, la financiación para la lucha contra el VIH ha apoyado las iniciativas gubernamentales para mejorar la remuneración de todas las categorías de trabajadores sanitarios.

64. Los esfuerzos para utilizar la ampliación de los servicios relacionados con el VIH con el fin de fortalecer los sistemas de salud se ven frenados por los escasos datos científicos en relación con las estrategias óptimas para maximizar las sinergias entre los programas denominados verticales o programas para enfermedades específicas y los servicios horizontales, de base más amplia. Varias instituciones están realizando investigaciones para sustentar la elaboración de políticas que fortalezcan los sistemas de salud en el contexto de la ampliación de la lucha contra el VIH. Es necesario dedicar mucha más atención a generar la base de pruebas necesaria para ayudar a los encargados de la formulación de políticas en el plano nacional. Asimismo, debe dedicarse una energía constante a integrar mejor el VIH y la tuberculosis, la salud sexual y reproductiva y otros servicios importantes.

65. Pese a ser fundamental para una respuesta eficaz a largo plazo, la salud es sólo uno de los muchos sistemas nacionales que deben impulsarse para asegurar el éxito en la lucha contra el VIH. El progreso sostenible también dependerá de que otros sectores de la sociedad, incluidos los sectores de los servicios sociales, la educación y el trabajo, tengan una capacidad mayor y más duradera.

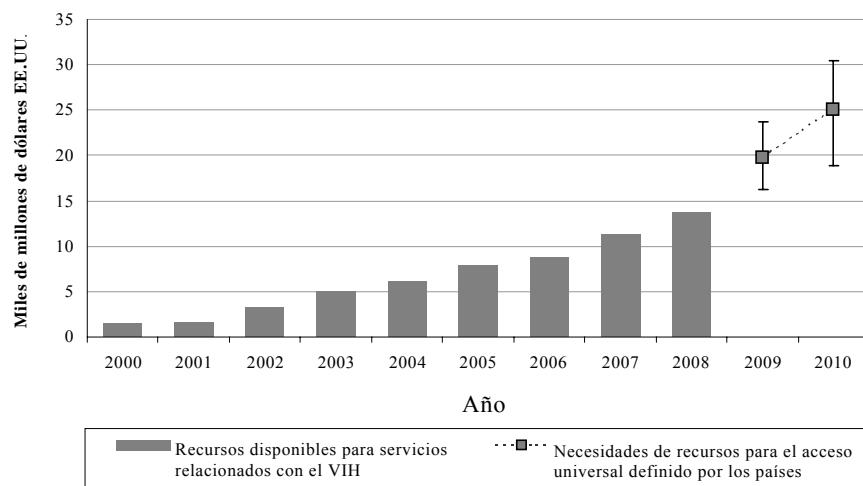
Movilizar una financiación sostenible para el VIH a fin de lograr resultados a largo plazo

66. El reciente aumento de la financiación mundial y nacional es fruto del liderazgo y el compromiso de una amplia serie de organismos, organizaciones bilaterales y multilaterales, fundaciones y otras partes interesadas. Mediante el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), el Gobierno de los Estados Unidos ha proporcionado 18.800 millones de dólares a la asistencia en relación con el VIH en los últimos cinco años, salvando así una cantidad estimada de 3,3 millones de años de vida a adultos hasta septiembre de 2009. Al 2 de diciembre de 2008, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria había apoyado el suministro de medicamentos antirretrovirales a 2 millones de personas y había atendido a 62 millones de personas a través de los servicios de asesoramiento y de realización de pruebas de detección en relación con el VIH. Los propios países están invirtiendo cada vez más recursos internos en la ampliación de los servicios relacionados con el VIH. En el período 2004-2007, el gasto per cápita en relación con el VIH con cargo a los recursos públicos internos casi se duplicó en los países de ingresos bajos y medios del África Subsahariana.

67. Aunque los fondos movilizados para los programas de lucha contra el VIH han aumentado notablemente en los últimos años, la tasa de crecimiento actual es insuficiente para lograr las metas definidas por los países para el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH para 2010. Como muestra el gráfico VIII, las proyecciones recientes indican que para alcanzar las metas nacionales de lograr el acceso universal para 2010 se necesitará un desembolso anual estimado de 25.000 millones de dólares en dos años. El ONUSIDA considera que los donantes internacionales deberán financiar

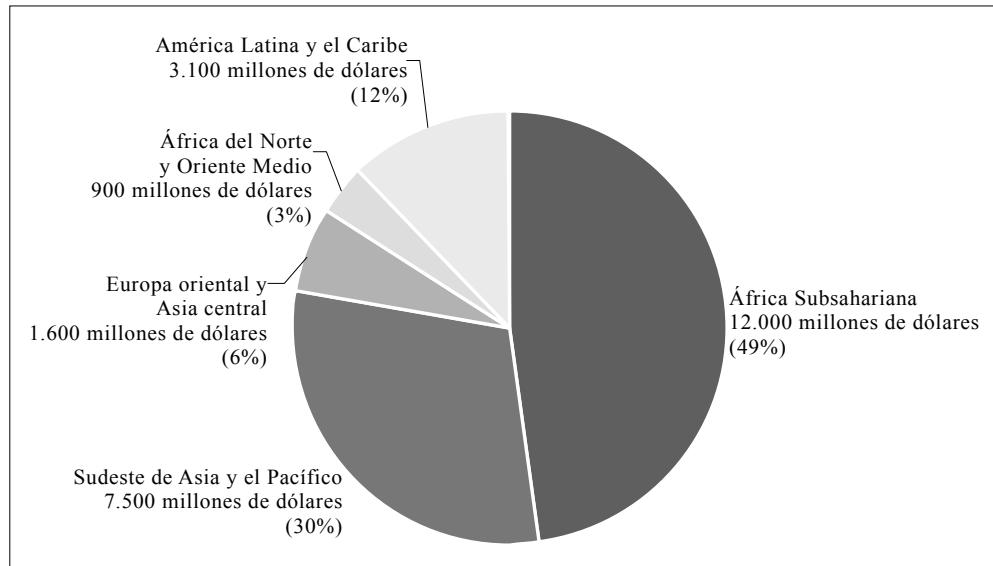
aproximadamente dos tercios de esos costos para asegurar el acceso universal. Pese a su compromiso de apoyar el acceso universal, es posible que los donantes internacionales no puedan subsanar el déficit de recursos previsto, lo que pone de relieve la necesidad permanente de que los gobiernos nacionales de los países de ingresos bajos y medios aumenten las inversiones internas para ampliar y mantener los servicios relacionados con el VIH.

**Gráfico VIII
Recursos disponibles para la lucha contra el VIH, 2000-2008,
y necesidades estimadas de recursos financieros, 2008-2010**



68. La naturaleza de las epidemias nacionales y locales debe determinar la distribución de los recursos para lograr las metas de acceso universal definidas por los países. El ONUSIDA estima que el África Subsahariana necesitará el 49% de los recursos, seguida del sudeste de Asia y el Pacífico, que necesitarán el 30%, América Latina y el Caribe, que necesitarán el 12%, Europa oriental y el Asia central, que necesitarán el 6%, y el Oriente Medio y África del Norte, que necesitarán el 3% (véase el gráfico IX).

Gráfico IX
Desglose regional de las inversiones necesarias



69. A pesar de que el empeoramiento económico mundial puede hacer que estas cifras parezcan difíciles de alcanzar, los encargados de la formulación de políticas deben tener en cuenta los costos de no realizar estas inversiones. Para reducir la brecha de recursos entre los gastos de 2008 y las inversiones necesarias para alcanzar las metas definidas por los países en 2010 se necesitarán 11.300 millones de dólares más. Esta suma representa sólo una fracción de los conjuntos de medidas de estímulo económico que los gobiernos han aplicado recientemente en todo el mundo. Esta inversión ambiciosa, pero viable, para lograr el acceso universal aportará beneficios extraordinarios (véase el cuadro).

70. Los donantes deben cumplir sus compromisos y hacer que la financiación para la lucha contra el SIDA sea más predecible. La financiación incierta y de un año a otro impide una planificación nacional eficaz y dificulta la aplicación de estrategias a largo plazo para crear una capacidad nacional sostenible. A fin de que la financiación para la lucha contra el SIDA sea más fiable, se están estudiando actualmente varias opciones innovadoras. Entre ellas figura la conversión de programas de subvenciones en líneas de crédito permanentes, de las que los países puedan obtener fondos y un mayor uso de los fondos colectivos, o enfoques sectoriales, en los que múltiples donantes suman sus recursos para apoyar las estrategias y prioridades nacionales.

71. Para hacer frente al desafío a largo plazo que plantea la epidemia, debe mantenerse una financiación sólida durante muchos años. La respuesta frente al SIDA ya ha generado numerosos mecanismos creativos de movilización de recursos, incluidas vías multilaterales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos, UNITAID, así como iniciativas del sector privado como el proyecto Product (RED). La necesidad de financiación a largo plazo pone de relieve la

importancia de determinar más mecanismos de financiación innovadores y duraderos para apoyar la respuesta frente al SIDA.

Resultados y efectos previstos, en caso de realizarse inversiones plenas en las metas definidas por los países, en los países de ingresos bajos y medios para 2010

(En millones)

Número de nuevas infecciones por el VIH evitadas (2009-2010)	2,6
Número de muertes evitadas (2009-2010)	1,3
Personas que reciben tratamiento antirretroviral	6,7
Maestros de educación primaria capacitados	1,0
Trabajadores del sexo atendidos	7,5
Asesoramiento y realización de pruebas voluntarios	40,9
Preservativos suministrados	8 153,7
Trabajadores atendidos en el lugar de trabajo	46,2
Unidades de sangre no contaminada producidas	42,6
Mujeres embarazadas que han recibido servicios amplios de prevención de la transmisión de la madre al niño	74,5
Consumidores de drogas inyectadas atendidos mediante programas de reducción de daños	9,6
Hombres que tienen relaciones con hombres que han recibido atención	20,4
Presos que han recibido atención	6,2
Inyecciones no contaminadas proporcionadas	4 247,1
Circuncisiones masculinas realizadas	1,5
Huérfanos que han recibido ayuda	6,7
Personas que reciben tratamiento para infecciones oportunistas y atención paliativa	2,1

Aumentar la eficacia de los gastos relacionados con el VIH

72. El empeoramiento económico mundial subraya la necesidad de asegurar que las inversiones relacionadas con el SIDA se aprovechen para lograr el máximo efecto. Como se señala en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, el ámbito del desarrollo está reconociendo cada vez más la necesidad de la armonización y del ajuste de las distintas iniciativas internacionales de ayuda para reducir la duplicación, reconocer la identificación con el proyecto y el liderazgo por parte de los países y alentar a que se realicen esfuerzos mejor enfocados para lograr un mayor impacto estratégico. En la respuesta frente al SIDA, el impulso de mejorar la armonización se refleja en el principio de los “tres unos”, que establece un marco estratégico nacional para orientar las iniciativas a nivel de los países, una autoridad nacional de coordinación y un único marco convenido para la supervisión y la evaluación.

73. La armonización en relación con el SIDA ha mejorado en muchos países. Los países utilizan cada vez más sus marcos nacionales de lucha contra el SIDA para apoyar los procesos nacionales de planificación del desarrollo. El servicio de la estrategia y plan de acción contra el SIDA ha ayudado a más de 50 países a

desarrollar, evaluar o revisar marcos estratégicos nacionales. Sin embargo, se debe seguir progresando para reducir las cargas administrativas y de presentación de informes innecesarias que soportan los países y mejorar la coordinación estratégica en apoyo de estrategias controladas por los propios países que se ajusten a la dinámica de las epidemias locales. Continuar la armonización de las iniciativas de supervisión y evaluación es un asunto de especial prioridad.

Otras prioridades fundamentales en la respuesta frente al SIDA

74. Para sostener una respuesta eficaz frente al SIDA se necesitará un liderazgo sin precedentes en todos los planos y en diversos sectores. Cuando los problemas dejan de ser “nuevos”, existe el peligro de que los encargados de la formulación de políticas les presten menos atención, independientemente de si los problemas se han abordado eficazmente o no. Teniendo en cuenta los millones de vidas que hay en juego, este exceso de confianza frente al VIH/SIDA tendría consecuencias mortales.

75. Aunque un liderazgo político vigoroso y duradero es un requisito previo para una respuesta eficaz a largo plazo, la participación significativa de la sociedad civil y las comunidades afectadas es igualmente fundamental. En particular, el liderazgo y la visibilidad de las personas que viven con el VIH son fundamentales para el progreso a largo plazo. Tal como demostró la alta participación de la sociedad civil en la Reunión de alto nivel de 2008, se han logrado importantes avances para fortalecer la participación de la comunidad en la respuesta frente al SIDA. Sin embargo, las organizaciones de la sociedad civil se enfrentan a continuos obstáculos para una participación eficaz en la respuesta a la epidemia, como problemas de gobernanza, limitaciones de infraestructura y la reticencia de algunos gobiernos nacionales. Según la información proporcionada al ONUSIDA por los sectores no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil sólo tienen acceso a apoyo financiero para el desarrollo de la capacidad para ayudar a ampliar su participación en la respuesta en cerca del 20% de los países.

VI. Acelerar el progreso hacia el acceso universal: recomendaciones sobre la adopción de medidas

76. Faltan menos de dos años para que se cumpla el plazo acordado para lograr el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH. En algunos países, las metas definidas por los países para el acceso universal ya se han logrado o están cerca de lograrse en lo relativo a los componentes clave de la respuesta. En muchos otros países, sin embargo, se necesitan más progresos importantes para alcanzar las metas relativas al acceso universal. Teniendo presente la meta del acceso universal, todas las partes interesadas (gobiernos nacionales, donantes internacionales, las Naciones Unidas y otros organismos técnicos internacionales, la sociedad civil, las comunidades afectadas y las personas que viven con el VIH) deben redoblar sus esfuerzos para fortalecer y acelerar las medidas de lucha contra el VIH/SIDA. Los copatrocinadores y la secretaría del ONUSIDA deben reafirmar su función de apoyo a los países en esos esfuerzos. Con este objetivo, debe prestarse atención urgentemente a las recomendaciones que figuran a continuación.

Reafirmar el compromiso con el acceso universal

77. En los planos mundial, regional y nacional, todas las partes interesadas deben reafirmar su compromiso de avanzar hacia el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH para 2010. Utilizando todas las fuentes de apoyo técnico y financiero disponibles, los países deben evaluar los obstáculos para la ampliación y concebir estrategias basadas en información comprobada y basadas en los derechos para superar estos obstáculos. Las partes interesadas internacionales deben continuar mejorando el acceso al apoyo técnico y financiero para los países. El acceso universal debe seguir siendo un tema prioritario del programa en todas las cumbres que se celebren en 2009, 2010 y 2011. En colaboración con los asociados nacionales e internacionales, el ONUSIDA debe mantener e intensificar la asistencia a los países para evaluar el progreso, determinar los obstáculos y acelerar la ampliación.

Cumplir los compromisos contraídos con los derechos humanos y los entornos jurídicos y normativos que apoyan el acceso universal

78. Los países deben examinar y, si procede, revisar sus marcos jurídicos y normativos y los mecanismos de aplicación conexos para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH y las poblaciones vulnerables. Deben apoyarse los marcos jurídicos racionales mediante programas para reducir el estigma y la discriminación. Los países deben revocar las restricciones a la entrada al país, la permanencia y la residencia en el país relacionadas específicamente con el VIH, y limitar la aplicación de la legislación penal únicamente a la transmisión intencional del VIH. Los países también deben ampliar los programas que brindan a las personas afectadas por el VIH posibilidades para el acceso a la justicia, como los servicios jurídicos, las campañas de difusión de conocimientos jurídicos básicos y los programas para proteger los derechos de la mujer a la propiedad y la herencia.

Intensificar el compromiso con la prevención del VIH

79. Las estrategias nacionales de prevención deben intensificarse y adaptarse para hacer frente a las realidades nacionales y locales, teniendo en cuenta la dinámica de las epidemias nacionales y las pruebas obtenidas sobre las medidas eficaces. Los países deben emplear enfoques combinados de prevención que utilicen una mezcla adecuada de programas biomédicos, estructurales y de comportamiento. Deben aplicarse y ampliarse suficientes programas para abordar los factores sociales, jurídicos y económicos subyacentes que aumentan el riesgo de infección por el VIH y la vulnerabilidad al virus.

Financiar el acceso universal

80. La financiación anual debe aumentar a 25.000 millones de dólares para 2010, a fin de alcanzar las metas nacionales para el acceso universal. Se necesitará aumentar la financiación de los donantes internacionales para subsanar el déficit de recursos para el acceso universal en los países de ingresos bajos, aunque todos los países deben aumentar su financiación para la respuesta frente al SIDA. Los donantes deben aumentar la previsibilidad de la financiación relacionada con el VIH y otras fuentes de financiación para el desarrollo, explorando activamente estrategias viables para facilitar la planificación a largo plazo en el plano nacional.

Los dirigentes mundiales deben explorar y apoyar mecanismos de financiación innovadores. Para aumentar al máximo el éxito a largo plazo, la financiación ininterrumpida debe apoyar las iniciativas de investigación para el desarrollo y la aplicación de nuevas tecnologías y estrategias para la prevención y el tratamiento del VIH.

Fortalecer los sistemas de salud, educación y bienestar a medida que se expanden los servicios relacionados con el VIH

81. El acceso universal requerirá medidas eficaces de financiación, de política y programáticas específicas contra el VIH y un enérgico apoyo para el fortalecimiento en general de los sistemas de salud y otros sistemas clave. Todos los países de ingresos bajos y medios deben desarrollar y aplicar planes estratégicos nacionales para construir y mantener una fuerza de trabajo sólida en los sectores de la salud, la educación y el bienestar. Debe disponerse de apoyo técnico especializado para ayudar a los países a aplicar estrategias prometedoras para fortalecer los sistemas de salud, por ejemplo, los enfoques de la delegación de funciones y la cibersalud.

Rendición de cuentas en la respuesta al SIDA

82. Todas las partes interesadas deben comprometerse plenamente a la máxima transparencia y rendición de cuentas en la respuesta mundial al SIDA. Los donantes y los gobiernos nacionales deben dar a conocer íntegramente cómo se gastan sus fondos relacionados con el VIH. Todos los asociados en el plano nacional deben adaptar y armonizar inmediatamente sus acciones dentro de un único marco nacional de supervisión y evaluación de conformidad con el principio de los “tres unos”. Todos los países deben asegurarse de que están preparados para recopilar y transmitir de manera oportuna datos normalizados sobre los indicadores del desempeño acordados para la supervisión del acceso universal y otros compromisos incluidos en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 y en la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006.

ANEXO COMPLEMENTARIO 10

1^a Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe

Prevenir con educación

1. Preámbulo

Reunidos en la Ciudad de México, en el marco de la XVII Conferencia Internacional de SIDA, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en el contexto educativo formal y no formal, los Ministros de Salud y de Educación de América Latina y el Caribe:

- 1.1 Afirmamos nuestro compromiso con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, a la educación, a la no discriminación, y al bienestar de las generaciones actuales y futuras.
- 1.2 Reiteramos nuestra convicción de que los sectores salud y educación son sinérgicos para la prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) actuando conjuntamente. La salud y la educación se refuerzan mutuamente, permitiendo el desarrollo integral de las personas.
- 1.3 Reconocemos la responsabilidad del Estado para la promoción del desarrollo humano, incluyendo la salud y la educación, así como la implementación de estrategias efectivas para educar y evitar la infección entre las nuevas generaciones y el combate a toda forma de discriminación.
- 1.4 Ratificamos nuestro compromiso para garantizar la plena observancia del derecho a la salud y otros derechos asociados a ésta, establecidos en los tratados y estándares internacionales sobre derechos humanos, y en particular a garantizar el acceso a la educación de calidad de toda la población de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en nuestros países, en ambientes libres de violencia, estigma y discriminación; esto requiere aumentar y fortalecer los esfuerzos para garantizar el acceso y permanencia en la escuela a aquellos afectados directamente por el VIH.
- 1.5 Renovamos los compromisos que nuestros gobiernos han contraído anteriormente con respecto a los Derechos Humanos, el VIH y SIDA, salud sexual y reproductiva, el bienestar de la niñez, adolescencia y juventud. (ver anexo A).
- 1.6 Reconocemos el rol decisivo de las familias en el bienestar y desarrollo de las presentes y futuras generaciones, así como la necesidad de asegurar que las acciones de prevención del VIH/ITS incluyan a todos los agentes sociales involucrados.
- 1.7 Reconocemos la existencia de los documentos de consenso de expertos, desarrollados y publicados en el marco del Sistema de Naciones Unidas, los cuales reflejan, en gran parte, la evidencia científica disponible sobre el tema.

2. Considerando que:

- 2.1 El VIH es una epidemia que demanda una respuesta multisectorial coordinada y organizada para hacerle frente de forma inmediata y sostenida.
- 2.2 En América Latina y el Caribe, la principal vía de transmisión del VIH son las relaciones sexuales no protegidas, por lo que deben tomarse en cuenta las expresiones diversas de la sexualidad de la población y los contextos de vulnerabilidad en los que ésta se ejerce.

- 2.3 La sexualidad es una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida. La niñez y adolescencia son etapas significativas para potenciar el desarrollo de las personas y de los países, por lo que es necesario proporcionar una educación de calidad que incorpore la educación de la sexualidad como derecho humano y como estrategia de calidad de vida actual y futura.
- 2.4 Las relaciones desiguales de género y entre grupos de edad, las diferencias socioeconómicas y culturales, y las orientaciones e identidades sexuales individuales, al asociarse con factores de riesgo, propician situaciones que incrementan la vulnerabilidad a la infección por VIH/ITS.
- 2.5 Un porcentaje considerable de las personas jóvenes inicia su vida sexual a edades tempranas y en la mayoría de estos encuentros sexuales no se utiliza protección para prevenir infecciones sexualmente transmisibles.
- 2.6 La educación integral en sexualidad desde la infancia, favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva.
- 2.7 La evidencia científica ha demostrado que la educación integral en sexualidad, que incluye medidas de prevención de VIH/ITS – como el uso del condón masculino y femenino en forma correcta y consistente, el acceso a las pruebas de detección y al tratamiento integral de ITS, y la disminución en el número de parejas sexuales – no acelera el inicio de actividad sexual, ni la frecuencia de las relaciones.
- 2.8 La evidencia científica muestra que la educación sexual integral que incluye información sobre diferentes métodos de prevención y fomenta el autocuidado, promueve entre aquellos que aún no han iniciado la actividad sexual la autonomía individual y por tanto la capacidad de los jóvenes para decidir cuándo iniciar la actividad sexual.
- 2.9 Una respuesta a la epidemia, efectiva a largo plazo, sólo será posible si las estrategias de prevención son exitosas. La única manera de sostener el compromiso global de acceso universal al tratamiento antirretroviral de personas con VIH, es a través del fortalecimiento de las estrategias de prevención que permitan reducir la extensión de la epidemia y la demanda futura de nuevos tratamientos.

3. Con base en lo anterior, los Ministros de Salud y Educación de América Latina y El Caribe acordamos:

- 3.1 Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS y en las que se complementen los esfuerzos que en el ámbito de sus respectivas responsabilidades y atribuciones se lleven a cabo. Para que estos esfuerzos sean sustentables y sostenibles, se fortalecerá la cooperación entre ambos sectores mediante mecanismos formales de planificación, monitoreo, evaluación y seguimiento de las acciones conjuntas, así como mediante la vinculación con otros sectores.

- 3.2 La educación integral en sexualidad tendrá una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Ésta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.
- 3.3 Evaluar los programas de educación existentes en nuestros países durante 2009 y 2010, para identificar el grado en el cual se incorporan e implementan la educación integral en sexualidad en el currículo en todos los niveles y modalidades educativas que sean competencia de los Ministerios de Educación.
- 3.4 Actualizar antes del fin de 2010, los contenidos y metodologías del currículo educativo que sea competencia de los Ministerios de Educación, para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad, en colaboración con los Ministerios de Salud. Esta actualización se guiará por la mejor evidencia científica disponible avalada por los Organismos Internacionales competentes en la materia y en consulta con expertos reconocidos. Asimismo, se tomará en cuenta a la sociedad civil y a las comunidades, incluyendo a las niñas y los niños, adolescentes, jóvenes, al personal docente, y a las familias.
- 3.5 Revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente desde la formación magisterial hasta la capacitación de los maestros en activo. Para el año 2015, todos los programas de formación y actualización magisterial bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación, habrán incorporado los contenidos del nuevo currículo de educación integral en sexualidad.
- 3.6 Fomentar una amplia participación de la comunidad y de las familias, incluidos adolescentes y jóvenes, en la definición de los programas de promoción de la salud, para reconocer sus necesidades y aspiraciones en materia de salud sexual y reproductiva, así como de prevención de VIH y fomentar su involucramiento en el desarrollo e implementación de respuestas apropiadas.
- 3.7 Asegurar que los servicios de salud para jóvenes sean amigables y se presten con pleno respeto a la dignidad humana y que, en el marco de la legislación de cada país, atiendan necesidades y demandas específicas de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes, considerando la diversidad de orientaciones e identidades sexuales. Asimismo, establecer los mecanismos adecuados de referencia dentro del sector salud.
- 3.8 Asegurar que los servicios de salud provean acceso efectivo a consejería y pruebas de detección de ITS y VIH; atención integral de ITS; condones y educación sobre su uso correcto y consistente; orientación sobre decisiones reproductivas, incluyendo a personas con VIH, así como el tratamiento para el uso problemático de drogas y alcohol, para todas las personas, especialmente las y los adolescentes y jóvenes.

- 3.9 Promover el trabajo con los medios de comunicación y la sociedad civil para mejorar la calidad de la información y de los mensajes que se difunden y para que sean consistentes con los contenidos de educación integral en sexualidad y de promoción de salud sexual.
- 3.10 Trabajar en conjunto con las instancias relevantes de los poderes ejecutivo y legislativo, en aquellos países donde sea el caso, para garantizar un marco legal apropiado, así como el presupuesto necesario para la implementación de la educación integral en sexualidad y de la promoción de la salud sexual.
- 3.11 Asegurar la existencia de mecanismos formales de referencia para reportar acciones de discriminación por parte de los servicios educativos y de salud gubernamentales y privados, y trabajar de forma proactiva para identificar y corregirlas, en instancias tanto de gobierno como de la comunidad, incluyendo a las Defensorías de Derechos Humanos, organizaciones de la sociedad civil y otros órganos afines.
- 3.12 Destinar y/o movilizar recursos en cada uno de nuestros países para la evaluación rigurosa de impacto de cinco o más estrategias de educación integral en sexualidad, promoción de salud sexual, y prevención de VIH e ITS en adolescentes y jóvenes, para el año 2015.
- 3.13 Recomendar la inclusión de estos acuerdos para su discusión y avances en: la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno en San Salvador, El Salvador, en octubre de 2008; la V Cumbre de las Américas en Puerto España, Trinidad y Tobago en abril de 2009; el VI CONCASIDA en San José, Costa Rica, en octubre 2009, y el Foro Latinoamericano y del Caribe, en Lima, Perú en mayo 2009.
- 3.14 Reconocer la necesidad del acompañamiento técnico y financiero de las agencias multilaterales de cooperación y fondos de financiamiento internacional, a fin de lograr los compromisos adquiridos en esta declaración.
- 3.15 Para asegurar el cumplimiento de estos acuerdos, establecemos un Grupo de Trabajo Intersectorial para dar continuidad a los compromisos asumidos en esta Declaración y solicitamos a ONUSIDA y sus agencias copatrocinadoras participar en dicho grupo.

4. Para concretar estos compromisos, nos proponemos alcanzar las siguientes metas:

- 4.1 Para el año 2015, se habrá reducido en 75% la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral en sexualidad, para los centros educativos bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación.
- 4.2 Para el año 2015, se reducirá en 50% la brecha en adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva.
Con la convicción de que estas acciones reflejan el compromiso de nuestros países con las niñas y los niños, adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe, con nuestros países hermanos, y con la comunidad mundial, al hacer nuestra contribución a la estrategia global para hacer frente a la epidemia de VIH, aprobamos esta declaración comprometiéndonos con sus acuerdos, el día 1 del mes de agosto del año 2008, en la Ciudad de México.

Anexo A: Compromisos de los Estados sobre Derechos Humanos, Salud Sexual y Reproductiva, VIH y SIDA

- ⌘ La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)ⁱ
- ⌘ La Constitución de la OMS
- ⌘ La Declaración del Milenio (2001)ⁱⁱ
- ⌘ La Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/SIDA (UNGASS 2001)ⁱⁱⁱ
- ⌘ Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social y Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995)^{iv}
- ⌘ La Declaración política y las nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, de 10 de junio de 2000;
- ⌘ Las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de 2 de Julio de 1999
- ⌘ La Declaración de la Décima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, de 18 de noviembre de 2000;
- ⌘ La Alianza Pancaribeña contra el VIH/SIDA, de 14 de febrero de 2001
- ⌘ La Declaración de Buenos Aires de los Ministros de Educación del 30 de marzo de 2007
- ⌘ El Pacto de San José
- ⌘ La Carta Andina de Derechos Humanos
- ⌘ La Convención sobre los Derechos del Niño^v
- ⌘ Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer^{vi}
- ⌘ El Pacto de Derechos Civiles y Políticos
- ⌘ EL Pacto de Derechos Económicos y Sociales
- ⌘ Declaración Mundial sobre Educación para Todos
- ⌘ Informe Final de Dakar del Foro Mundial de la Educación

Anexo B: Documentos de Consensos de Expertos

- ⌘ Sexually transmitted Infections among adolescents: The need for adequate health services (OMS)^{vii}
- ⌘ Global consultation on the health services response to the prevention and care of HIV/AIDS among young people: Achieving the global goals: access to services (OMS)^{viii}
- ⌘ Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries (UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People)^{ix}
- ⌘ Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis (ONUSIDA)

ⁱ<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/spn.htm>

ⁱⁱ<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/54/PDF/N0055954.pdf>

ⁱⁱⁱhttp://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_es.pdf

^{iv}<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/116/54/PDF/N9511654.pdf?OpenElement>

^v(<http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/infancia/convencion.htm>)

^{vi}<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

^{vii}http://www.who.int/reproductive-health/publications/stis_among_adolescents/index.html

^{viii}http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591323/en/index.html

^{ix}http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/trs_938/en/index.html