

Significativo aumento de VIH en Chile

¿Un problema de prevención o un cambio cultural?

Por Daniela Núñez Rosas

Julio 2018

Resumen

Dada la profusa información divulgada por los medios de prensa chilenos respecto a los casos notificados de VIH/Sida en el país durante los últimos años, el presente informe intenta esclarecer la situación actual de la enfermedad, procurando comprender más que las cifras exactas, el porqué del aumento de incidencia. Para ello se indaga en aquellos factores médicos y socioculturales que pudieran estar influyendo en dicho escenario desde un abordaje de la antropología médica. En base a una revisión bibliográfica, se revisan datos generales de la situación epidemiológica del VIH en Chile, se describen las principales estrategias de prevención primaria y secundaria, se problematiza la emergencia de una nueva tecnología de profilaxis, particularmente, el uso de Truvada y se presenta la opinión de representantes de organizaciones de la sociedad civil ligadas a la lucha por los derechos de las diversidades sexuales y de género. Finalmente, se plantean algunas reflexiones generales relevando el carácter multifactorial del problema al tratarse de una enfermedad que deviene responsabilidades individuales y colectivas y su gestión en salud pública habita un campo eminentemente político.

Palabras clave: prevención – educación sexual – profilaxis.

Agradecimientos fraternos a Luz María Yaconi, Isabel Amor y Michel Riquelme por la amabilidad y colaboración a la distancia.

Introducción

*La plaga nos llegó como una nueva forma de colonización,
por el contagio.*

Loco Afán de Pedro Lemebel

Desde fines del 2017, numerosas han sido las noticias y declaraciones públicas en Chile que se han pronunciado respecto al significativo y alarmante aumento de personas contagiadas por VIH en el país. Voces desde el ámbito médico, político, de Derechos Humanos, de la educación y representantes de organizaciones civiles, han compartido su preocupación respecto a las cifras nacionales, que sitúan a Chile en el primer lugar de la lista de mayor número de contagios por VIH en Latinoamérica. Algunas fuentes señalan un aumento del 66% entre el período 2010-2016, otras afirman un aumento de 96% de casos nuevos reportados entre los años 2010-2017. Cifras ambiguas que disputan la validez de sus fuentes y que arrojan como primer antecedente la falta de información uniforme, sistematizada y actualizada respecto a la realidad epidemiológica del país.

Pese a las divergencias que puedan girar en torno al tema, el problema versa sobre una realidad concreta: el aumento de casos de VIH, y esto nos lleva a interrogarnos ¿por qué? Si bien puede resultar obvia la pregunta, al parecer uno de los principales factores es la reducción del temor a su contagio, ya que hoy constituye una enfermedad crónica que cuenta con tratamiento el cual es brindado por el sistema de salud pública. En ese sentido, el VIH ya no representa una enfermedad altamente mortal, pero sí torna a la persona dependiente de fármacos durante toda su vida a la vez que limita su vida sexual. Precisamente en torno a este punto, hemos de destacar el papel que ha ido adquiriendo el medicamento conocido comercialmente como “Truvada”, una pastilla que contiene dos sustancias antirretrovirales cuyo uso puede prevenir el contagio de VIH, ya sea ingiriéndola como profiláctico de pre-exposición o post-exposición a una relación sexual de alto riesgo. Lo relevante aquí es que, pese a su alto costo, su uso se ha ido masificando progresivamente en Chile dentro del “mercado negro” o a través de su compra en farmacias sin necesidad de contar con receta médica. Posibilidad que antes no existía y que hoy podría constituir un factor que contribuye al cambio de percepción frente al VIH en Chile.

El aumento del número de casos notificados de VIH nos lleva a inferir también el aumento de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que potencialmente pueden convertirse en enfermedades debido a la falta de profilaxis. Visto así, podríamos afirmar que el riesgo de contraer otras ITS igualmente ha perdido preponderancia en el contexto actual. Pero siendo el VIH la enfermedad más letal dentro del conjunto de enfermedades de transmisión sexual (ETS), aquí nos interesa rastrear el porqué de su aumento.

Por una parte, tenemos los avances del tratamiento y su acceso garantizado por el sistema de salud pública. Por otro lado, tenemos una alerta país cuyo panorama epidemiológico de enfermedades de transmisión sexual adolece de una educación sexual consolidada. Aquí, vale la pena evocar las llamadas *Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad* (JOCAS) impulsadas en 1996 en los establecimientos educacionales a la vuelta de la Democracia, las cuales solo pudieron abarcar la mitad de cobertura nacional y su desarrollo duró hasta el año 2000 producto de las críticas y obstáculos que opusieron los sectores más conservadores. Y, en tercer lugar, tenemos la introducción de nuevas tecnologías de prevención, como es el uso del Truvada, factor emergente que podría estar influyendo en la percepción de riesgo.

Acorde lo anterior, parece pertinente preguntarse si este aumento del VIH ¿responde únicamente a la falta de campañas de prevención y/o educación o además está aconteciendo un cambio de prácticas culturales frente a las ETS? De existir esto último, ¿cuáles serían los factores que podrían estar incidiendo en este cambio? ¿qué representa hoy una enfermedad infecciosa de transmisión sexual? ¿cuáles son las percepciones sociales asociadas al VIH? ¿cuál es el rol del Estado y los actores sociales en la prevención del VIH/SIDA?

Para desarrollar lo anterior, (a) se abordarán algunos datos respecto a la situación epidemiológica del VIH en Chile suministrados por fuentes institucionales y medios de comunicación de prensa; (b) se describirán las prácticas de prevención primaria y secundaria en torno al VIH, procurando relevar aquellos factores que puedan estar incidiendo en el aumento de casos; y (c) se revisará literatura referida al Truvada, considerando las diversas aristas médicas y políticas que reviste su reciente uso. Todo lo anterior será complementado con la opinión de representantes de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en temas de diversidad y educación sexual en Chile, cuya opinión fue solicitada mediante un cuestionario enviado vía correo electrónico personalizado. Esto es con el objetivo de enriquecer la pesquisa a manera de diálogo con actores políticos y sociales que cumplen un papel activo en la lucha por los derechos civiles, sexuales y reproductivos, por la dignidad, por el bienestar y por la equidad de grupos en situación de alto riesgo (jóvenes, LGTBIQ, trabajadores sexuales, mujeres embarazadas, etc.), siendo uno de sus principales bastiones la vía de la educación y el trabajo colaborativo.

Las personas entrevistadas vía correo electrónico fueron:

- ❖ Luz María Yaconi: Directora de Fundación Savia.
- ❖ Michel Riquelme: Presidente de Asociación Organizando Trans Diversidades
- ❖ Isabel Amor: Directora de Educación en Fundación Iguales.

Por último, siendo nuestro eje principal el abordaje antropológico de una enfermedad infecciosa, el presente manuscrito intenta enhebrar datos del dominio científico y sociocultural. Tal como señala Merrill Singer

(2016), “is recognition that infection is always more than just biology in that it is a product of interaction on various levels. One of these levels, assuredly, is biological. (...) To address these issues we must consider cultural and social factors, often as mediated by environmental conditions” (s/p). Los factores sociales y culturales nos ayudan a entender además que las enfermedades, sobre todo infecciosas, se encuentran insertas en estructuras de poder e inequidad social, donde no es azar que ciertas poblaciones presenten mayor prevalencia y/o susceptibilidad de contraer VIH en comparación a otros grupos que históricamente han sido favorecidos.

1. Aproximaciones sobre el VIH/Sida en Chile actual

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se define una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) cuyo diagnóstico según los análisis de laboratorio arroja una prueba de anticuerpos contra el VIH positiva y/o “una prueba virológica positiva del VIH o de sus componentes (ARN del VIH, ADN del VIH o antígeno p24 del VIH ultrasensible)” (OPS, 2009, p. 5). La infección se puede clasificar en cuatro estadios clínicos¹ de acuerdo a su grado de avance, siendo el estadio 4 la etapa más crítica correspondiente al Sida. Esto, aparte de permitir un reconocimiento de los síntomas, favorece la adopción de una respuesta clínica de acuerdo al estado de avance del virus para así poder monitorear a largo plazo la adhesión al tratamiento.

¿Qué entenderemos por infección? Básicamente “an infection occurs when a pathogenic microorganism survives and multiplies within another, usually larger, organism or host. To do so, it must first reach the host using any of a number of transmission systems” (Saker et al., 2006, p. 19). En este caso, el VIH al ingresar al organismo por medio de la sangre y/o fluidos corporales (semen, leche materna, secreciones vaginales), ataca los linfocitos CD4, un tipo de glóbulos blancos pertenecientes al sistema inmunitario, encargados de coordinar la respuesta de otros inmunocitos para generar anticuerpos ante elementos patógenos. Fusionándose a la membrana de estos linfocitos, el virus introduce su material genético: ARN, para que esta misma célula se encargue de multiplicarlo. Como resultado, aumenta el número de copias de VIH, lo que se conoce como “carga viral”, a la vez que disminuye la cantidad de linfocitos CD4 debilitando el sistema inmune del organismo. El diagnóstico se define de acuerdo a la estadificación clínica y clasificación inmunológica², lo que favorece adoptar una respuesta clínica oportuna y monitorear la adhesión al tratamiento.

¹ Clasificación clínica de la OMS de la infección por el VIH establecida: Estadio 1 (asintomático), estadio 2 (síntomas leves), estadio 3 (síntomas avanzados), estadio 4 (síntomas graves). (OPS, 2009).

² La estadificación clínica se refiere al diagnóstico de enfermedades de acuerdo al grado de avance de la infección. Se reconocen cuatro estadios siendo 1 el estado asintomático y 4 el cuadro de patologías más graves correspondiente a la etapa del Sida. Y la clasificación inmunológica corresponde al porcentaje de

Dado que se trata de una infección cuya progresión se puede tratar, hay quienes prefieren hablar de “condición” y no de “enfermedad”. En estricto rigor la enfermedad corresponde al Sida, es decir, al grado más alto de la infección cuando ya todo el sistema inmunitario de la persona se encuentra comprometido afectando la totalidad de su organismo menguando significativamente su calidad de vida. Mientras tanto, es decir, durante los estadios previos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la persona es portadora del virus y se encuentra en un período de latencia potencialmente expuesta a desarrollar la enfermedad. No obstante, bajo un tratamiento constante, puede permanecer asintomática y proseguir su vida con normalidad. Es relevante hacer esta distinción pues muchas veces por ignorancia, el imaginario existente sobre el VIH/Sida, “hace que las personas sean consideradas enfermas antes de estarlo; que produce lo que parece ser un despliegue infinito de síntomas de enfermedad y para el que sólo existen paliativos; y que para muchos significa una muerte social anterior a la muerte física” (Sontang, 1977/2016, p. 64). Por tanto, debemos ser sigilosos ante aquellos mitos y estigmas sociales que se pueden generar en torno a una enfermedad, pues, aunque se trate de configuraciones morales, éticas y culturales, terminan siendo encarnadas por los sujetos afectando el bienestar físico, psicológico y social, agudizando el malestar subjetivo de las personas.

Siendo el VIH una enfermedad de notificación diaria obligatoria dentro del sistema de vigilancia epidemiológica³, la información proporcionada por el Instituto de Salud Pública (ISP) es generada a partir de la base de datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud y del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Entidades que anualmente elaboran un informe del VIH a nivel nacional, ocupando el paquete informático “Spectrum”, un software provisto por ONUSIDA para el monitoreo global de la enfermedad. De manera paralela, la información es registrada en un sistema de datos en línea, donde cada persona diagnosticada es citada a control e incorporada al “Formulario de Notificación de caso de VIH/SIDA”, el cual igualmente es completado en aquellas situaciones que no fueron pesquisadas a tiempo como es el caso de personas fallecidas.

Según las mediciones arrojadas por Spectrum, se estima que en Chile anualmente hay aproximadamente 5 mil casos nuevos de contagio de VIH. En cuanto a la información provista por el Depto. de Epidemiología, para el año 2016 dentro de las infecciones de transmisión sexual (ITS), la Sífilis es la que presentó una mayor tasa de notificación, seguida por el VIH y la gonorrea. En general, todas venían manifestando un

linfocitos CD4+ por mililitro en la sangre. Al igual que la estadificación clínica, se describen cuatro grados de inmunodeficiencia, a saber, ninguna (>500/mm³), leve (350-499/mm³), avanzada (200-349/mm³) y grave (<200/mm³). (OPS, 2009).

³ Además del VIH, dentro de las ETS, el Decreto Suprem 158/2004 considera enfermedades de notificación obligatoria diaria la gonorrea, la Hepatitis viral B y la sífilis. (Decreto 158 promulgado el 22 de octubre 2004. (Última modificación 24 de enero 2015).

comportamiento descendiente durante la última década, pero desde el 2015 en adelante han comenzado a repuntar sus cifras.

A lo anterior cabe agregar que, de acuerdo al informe de Situación Epidemiológica en Chile, la gonorrea durante el período 2015-2016 experimentó un comportamiento ascendente en relación a años anteriores. No obstante, a diferencia de la Sífilis y el VIH, concentra su incidencia en la población de 15 a 29 años. Esto sugiere por una parte la probabilidad de co-infección de otras ITS, en tanto comparten la misma vía de contagio. Y al mismo tiempo, su incremento responde al período de incubación más breve que otras ITS, pues las otras infecciones requieren mayor plazo para presentar sus síntomas, y por ende no se diagnostican inmediatamente.

2. La ambigüedad de los datos

El punto de fuga del presente informe fue la cobertura mediática que causó la publicación de cifras sobre el VIH manejadas por el Ministerio de Salud en Chile. Escenario que suscitó una serie de cuestionamientos respecto a los datos debido al significativo incremento de nuevos casos de contagio en un corto período de tiempo. A continuación, se presenta un breve recuento de la información publicada en los medios de prensa, para ilustrar la poca claridad sobre el tema:

2016 - 7 de agosto → Ministerio de Salud informa que los casos confirmados por VIH aumentaron un 66% en el período comprendido entre los años 2010 (2.900 casos) y 2016 (4.900 casos).

2017 - 20 de julio → ONUSIDA publica el informe “Ending Aids. Progress towards the 90-90-90 targets”, donde Chile figura como el país que ha incrementado en mayor medida el porcentaje (34%) de nuevas infecciones dentro de los países de América Latina.

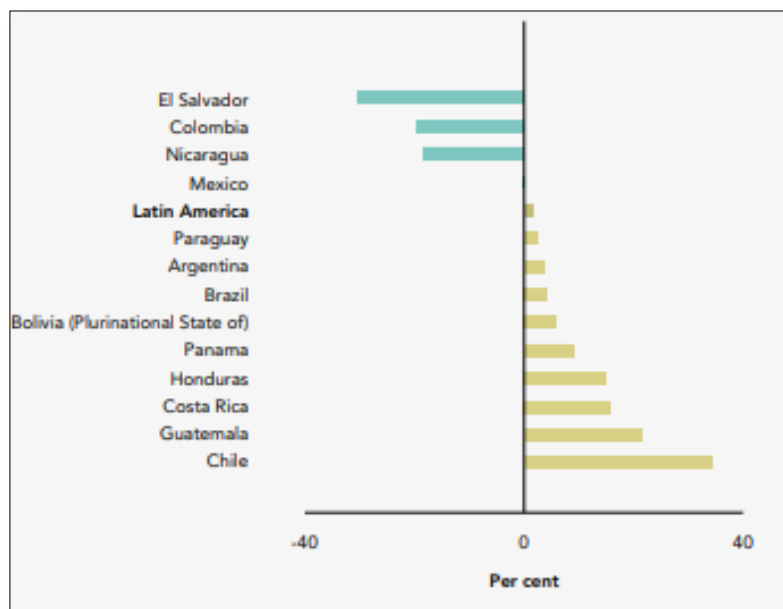


Figura 1: Percent change in new HIV infections, by country, Latin America, from 2010 to 2016. Source: Ending Aids 2017.

2018, 9 abril → El director del Centro de VIH del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Alejandro Alfani, en una reunión pública con el Ministro de Salud, declara que la cantidad de contagios de VIH entre el año 2010 (2.968 casos) y el año 2017 (5.816 casos) aumentó un 96%, con una incidencia focalizada en el grupo etario comprendido entre los 15 y 25 años.

A este dato, hay que agregar la siguiente declaración del médico que evidentemente causó enorme revuelo “estas cifras alarmantes demuestran que el VIH Sida está totalmente fuera de control en Chile y que como país hemos tocado fondo. Estos números apuntan a que hay por lo menos 40 mil personas infectadas que lo desconocen”. A lo que el Ministro de Salud, Emilio Santelices agregó, “esto escapa a todas las cifras de contagio de los países de Latinoamérica, e incluso de Africa. Toda vez que entendemos que en Chile 45 mil personas estaban contagiadas con VIH, pero con esta nueva estimación proyectamos que son 100 mil”⁴. Aseverando, además, que la tasa de mortalidad por VIH corresponde a 2,9/100 mil habitantes. lo que superaría con creces el promedio mundial que es 1,2/100 mil habitantes.

⁴ Noticia publicada en diario La Segunda (versión impresa), el día 9 de abril del 2018. Disponible en: <http://impresa.lasegunda.com/2018/04/09/A/913C23VM/all>

2018 - 16 abril → Ex Ministra de Salud, Helia Molina, cuestiona los datos publicados sobre la proyección epidemiológica y la tasa de mortalidad. Carlos Passarelli, representante de ONUSIDA, también cuestiona las cifras destacando que Chile “es uno de los países que ofrece más tratamientos a las personas”.⁵

2018 - 17 abril → Ministro de Salud rectifica sus declaraciones respecto a la tasa de mortalidad del VIH aclarando que “el promedio mundial de mortalidad de VIH es de 13,96/100 mil personas y no de 1,2/100 mil personas”. También se refirió a la cantidad proyectada de casos confirmados que según el MINSAL serían 100 mil, y según ONUSIDA, 65,5 mil. Lo que según el secretario de gobierno respondería al uso de diferentes métodos de datos⁶.

Lo anterior nos ilustra *grosso modo* lo que fue una disputa de fuentes y cálculos, cuya heterogeneidad puso en tensión un punto clave destacado por Isabel Amor, directora del área de Educación de Fundación Iguales, a saber, la credibilidad de los datos:

El manejo de los datos ha sido deficiente. Inicialmente el Ministerio de Salud negó este aumento culpando a la “mayor pesquiza”. Cuando finalmente no se podía negar el aumento, no aceptaban el test rápido “porque los pacientes se podían suicidar más y no se vinculan al sistema de salud”. Luego, hubo un cambio de gobierno. El problema es que no sólo exageraron las cifras, sino que cuando se tuvieron que retratar perdieron credibilidad y este es un tema en el que no se pueden generar dudas” (comunicación personal, 11 de mayo 2018).

En relación al mismo tema, Michel Riquelme, presidente de Organizando Trans Diversidades, agrega una aguda observación concerniente a los datos manejados por el Ministerio de Salud, “por lo menos en lo que respecta a personas trans, no saben cuántas personas viven con VIH o si han muerto por Sida” (comunicación personal, 6 de mayo 2018). De hecho, dentro de la heterogeneidad de cifras y fuentes, no hay un desglose de la información que detalle la diversidad sexual y de género de las personas afectadas, más bien se suministran informes cuyas categorías de análisis se guían por criterios etarios, tipo de contagio y caracterización de la población (heterosexual/homosexual). No obstante, tal como apunta Riquelme, tal información es clave sobre todo cuando “la población trans suele estar expuesta a mayores posibilidades de adquirir el virus dependiendo del nivel de violencia y vulneración de derechos de sus contextos” (Ibíd.).

Lo anterior ilustra *grosso modo* lo que fue una disputa de fuentes y cálculos que puso en tensión la credibilidad institucional. Pero también muestra que hablar de VIH reviste no solo un problema de salud,

⁵ Noticia publicada en diario digital El Mostrador, el día 16 de abril del 2108. Disponible en: <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2018/04/16/con-el-tejo-mas-que-pasado-onusida-desmiente-a-ministro-santelices-por-cifras-de-mortalidad-en-chile-a-causa-del-vih/>

⁶ Noticia publicada en diario digital El Mostrador, el día 17 de abril del 2108. Disponible en: <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2018/04/17/de-nuevo-se-equivoco-ministro-de-salud-reconoce-error-sobre-cifras-del-vih-en-chile/>

sino también conlleva aristas políticas, económicas, sociales y culturales a nivel nacional e internacional. Lo grave es que esta deficiencia de datos a nivel de política pública, puede afectar los derechos individuales de las personas y, a su vez contribuir negativamente a fortalecer la epidemia, sobre todo en aquellos grupos que han padecido mayor vulneración y exclusión social.

Al menos podemos sacar en limpio que el revuelo comunicacional generado por la confusión de datos, tal como señala Isabel Amor, “ha permitido llegar a la población general y generar un mayor interés en saber sobre la infección. Y ha permitido poner sobre la mesa la discusión sobre la educación sexual y afectiva en niños, niñas y adolescentes, el rol del Estado, de la escuela y la familia” (comunicación personal, 11 de mayo 2018).

3. Los matices de la prevención

3.1. Prevención primaria: Educación sexual y actores sociales

Entre las principales causas del aumento de casos de contagio de VIH se señala la falta educación sexual de los jóvenes integrada en los currículos escolares y la ineficacia de las campañas de prevención impulsadas por parte del Estado. ¿Pero qué ha sucedido estos últimos años?

Según Luz María Yaconi, directora de la Fundación Savia:

Las políticas preventivas tuvieron una regresión: campañas que no generan atención, bajo presupuesto para iniciativas de prevención en los programas de salud, no hay objetivos de promoción de la salud sexual (INJUV⁷, por ejemplo). Desaparecieron los puntos de información: *FonoSida* quedó subsumido en *Salud Responde*, no hay voluntad política de tomadores de decisión en materia de educación y salud y otros referentes del Estado en alinear y coordinar esfuerzos en materia de prevención. Por parte de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH, ha sido una larga y permanente lucha por la subsistencia, existen pocas o nulas fuentes de financiamiento para las acciones que se realizan hacia la sensibilización y promoción de las conductas preventivas, particularmente hacia grupos de mayor vulnerabilidad (comunicación personal, 24 de mayo 2018).

En efecto, la gestión de la salud pública ha bajado la guardia de sus estrategias y mecanismos de prevención del VIH, afectando con ello el apoyo a las organizaciones sociales que trabajan en el tema y sobre todo a los espacios de educación sexual dirigidos a los más jóvenes. Se trata de un complejo tema que engloba no solo el ámbito del sistema biomédico sino también la educación, la economía, los movimientos sociales y los medios de comunicación por nombrar solo algunos. Conjunto de áreas y actores que, a través de los datos del VIH, sugieren una debilitada capacidad de trabajo intersectorial. Precisamente esta desarticulación

⁷ Instituto Nacional de la Juventud.

constituye uno de los factores que incide en la poca efectividad de las campañas hasta hoy desplegadas. Pues a nivel de política pública se requiere un trabajo colaborativo que integre “la participación de los afectados, la sociedad civil que trabaja en el tema, así como otras instancias pertinentes que deberían contar con un espacio o canales formales de participación e incidencia en las transformaciones que se van identificando” (Ibid.).

Sin dudas, es fundamental la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil, cuyo papel ONUSIDA destaca dentro de sus directrices de trabajo por cuanto están vinculadas con poblaciones más expuestas, ya sean jóvenes, grupos de diversidad sexual, mujeres embarazadas, trabajadores sexuales, entre otros. “La sociedad civil tiene muchas voces y representa muchas perspectivas distintas que pueden ser de utilidad en el seguimiento y la evaluación de la respuesta de un país al sida” (Monitoreo Global del Sida, 2018, p. 23). Razón por la cual pueden proveer valiosos datos que ayuden a complementar los indicadores recopilados formalmente por los gobiernos.

Por otra parte, el tema de la educación sexual es un punto crucial en toda simiente preventiva sea cual sea su foco. Tras importantes fracasos como lo fue el *Plan de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género* en el currículo escolar chileno, cuya puesta en marcha dejó de manifiesto graves contradicciones en los contenidos brindados a los estudiantes, esto principalmente debido a la externalización de su servicio. Hoy rige el documento *Estrategia Nacional Intersectorial en Sexualidad, Afectividad y Género* (ESAG), que entrega directrices generales de contenidos para abordar en la escuela, teniendo carácter de obligatoriedad para el nivel de enseñanza media. Esta estrategia, plantea entre sus objetivos que los estudiantes “tomen decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH-SIDA, conozcan los mecanismos de transmisión y las situaciones de riesgo a las que se pueden exponer a sí mismos y a otros” (ESAG, 2018, p. 5). No obstante, el bajo uso del preservativo constituye un claro indicio de la falta de educación sexual, o al menos de su poca efectividad en los liceos. Así también lo expresa Luz María Yaconi, “las comunidades educativas no han comprendido que la vida de sus jóvenes está siendo vulnerada y está colocando en riesgo el valor central a resguardar, el derecho a tener un ambiente de aprendizaje que contribuya a su completo bienestar” (comunicación personal, 24 de mayo 2018). Y es que el tema de los Derechos, alude no solo a la lucha por el respeto y no discriminación de las personas con VIH/Sida, también trae a colación el derecho que tienen todas las personas a ser educadas en aras de su bienestar colectivo e individual. Así lo describe el artículo 26 de la Declaración de los Derechos Humanos, estando la educación estrechamente ligada a las libertades fundamentales.

Asunto no menor, pues se trata de conocimientos básicos que afectan las prácticas de autocuidado y las interrelaciones personales. Así también lo comenta Isabel Amor,

existe un porcentaje importante de adultos en Chile que no sabe cómo utilizar un condón, que no sabe cómo se transmiten las ITS, incluso algunos creen que se contagian en los baños. La mejor forma de prevenir las ITS es eliminar el concepto de que una relación de riesgo sólo se relaciona a un “posible embarazo” o “VIH”, y dar a entender que son infecciones frecuentes y con consecuencias potencialmente crónicas, y que ante la sospecha se debe consultar para prevenir el contagio (comunicación personal, 11 de mayo 2018).

Según la 8ª Encuesta Nacional del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), “solo 1 de cada 5 jóvenes reconoce correctamente tanto las conductas riesgosas de contagio como las no riesgosas” (INJUV, 2015, p. 112). A ello se suma que el preservativo es usado principalmente como método para prevenir el embarazo (86,8%). En menor medida se nombra entre sus razones la protección de ETS (65%) y del VIH/SIDA (64%) (Ibíd., 2015).

Hasta ahora, las campañas de prevención en contra del VIH han estado centradas en el nivel de prevención primaria, esto es, aquellas medidas y estrategias orientadas a reducir el riesgo de contagio mediante la responsabilidad de las personas frente a su propia salud. El problema estriba en que el cuidado de las prácticas sexuales ya no responde a iniciativas tales como pareja única, abstinencia, uso de preservativo, consejerías, etc. Baste decir que hoy en Chile según la *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*, solo el 10,1% de la población sexualmente activa asegura haber usado preservativo “siempre” durante los últimos 12 meses.

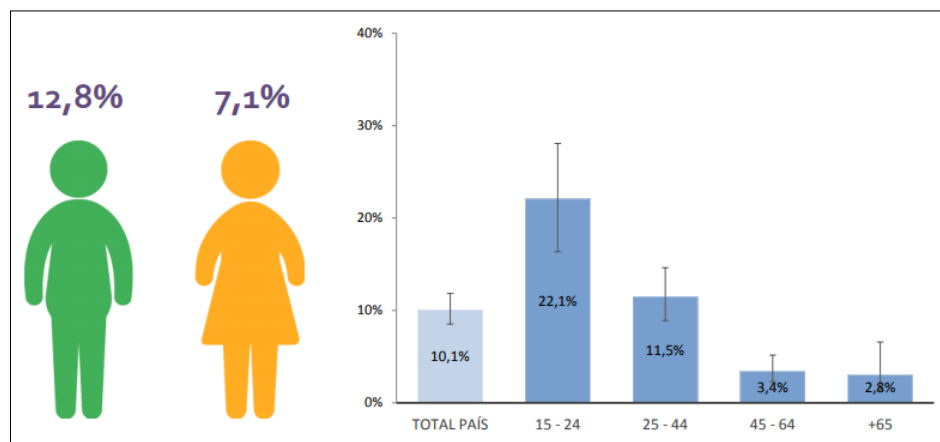


Figura 1 Uso de preservativo en los últimos 12 meses en población sexualmente activa. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

En general, las campañas de prevención en contra del VIH han estado centradas en el nivel de prevención primaria, esto es, aquellas medidas y estrategias orientadas a reducir el riesgo de contagio mediante la responsabilidad de las personas frente a su propia salud. Dependiendo del contexto y la población de riesgo, se da prioridad a distintas acciones tales como:

- ❖ Consejerías.
- ❖ Uso de preservativo.
- ❖ Abstinencia.
- ❖ Evitar el uso compartido de jeringas.
- ❖ Pareja única.

El problema estriba en que el cuidado de las prácticas sexuales ya no responde a dichas iniciativas y, por ende, las campañas de prevención deben adaptarse a un nuevo contexto. Por ejemplo, hoy en Chile según la *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*, solo el 10,1% de la población sexualmente activa asegura haber usado preservativo “siempre” durante los últimos 12 meses. Realidad que se confirma a través de la experiencia recabada por la Fundación Savia,

en los conversatorios y datos levantados por Savia los jóvenes manifiestan saber sobre VIH y sus formas de transmisión. Sin embargo, no hay incorporación del preservativo en forma permanente, no se conversa abiertamente de temas relacionados a la salud sexual entre las parejas, menos entre relaciones ocasionales. Permanece entre algunos el miedo o temor a saber su estado serológico y para otros no es tema. Es fuerte la relación entre el VIH y el estigma social, esto no facilita la conversación para despejar inquietudes o informarse con libertad sobre qué hacer y dónde buscar información (comunicación persona, 24 de mayo 2018)

Como vemos, se reafirma el bajo uso del preservativo, pero, además, aunque se percibe tal vez mayor “libertad sexual”, ello no implica necesariamente una correlación positiva con mayor “educación sexual”.

Evidentemente las campañas de prevención y educación no son efectivas. Las campañas de prevención primaria no han funcionado a nivel mundial y en Chile nos hemos orientado principalmente por este enfoque. Si bien el uso del condón y la pareja única son formas útiles de prevención, hay mucho más por hacer. Los mensajes deben ser claros intentando que la prevención sea algo atractivo para los jóvenes (Isabel Amor, comunicación personal, 11 de mayo 2018).

El cuadro anterior ilustra un panorama poco alentador que torna urgente no solo reforzar la importancia del uso de preservativo para evitar el contagio de ITS, también implica desplegar y reforzar otras estrategias de prevención como es el método profiláctico de pre-exposición y post-exposición.

Ciertamente se trata de un vasto tema que exige repensar el foco de prevención del VIH considerando las nuevas reconfiguraciones geopolíticas, demográficas, económicas y socioculturales. Atisbo de este nuevo contexto es que los grupos de mayor riesgo también han ido cambiando y/o sumando otras poblaciones prioritarias con el tiempo. Podemos visualizar aquello en el informe de *Situación Epidemiológica de Chile 2016* que, a diferencia de años anteriores, incluye dentro de los grupos vulnerables a contraer VIH a los pueblos originarios y a la población migrante. No por un afán de estigmatizar, sino reconociendo que estos

grupos tienen mayores barreras para acceder al sistema de salud pública y, por ende, a medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

3.2. Desafíos del test

De acuerdo a las estrategias definidas por ONUSIDA para alcanzar los objetivos del 2020 en función de los informes nacionales de sus respectivas regiones, se señala como escenario deseable que el 90% de las personas conozca su estado serológico y pueda acceder a tratamiento para llevar una vida saludable y reducir el riesgo de transmitir el VIH. Esta medición constituye uno de los 10 indicadores mundiales dentro de las directrices de información estratégica consolidada por la OMS y representa el primer punto de la meta 90-90-90 para contribuir al fin de la epidemia. En América Latina, se estima que el 70% de las personas que viven con VIH conoce su estado serológico (ONUSIDA, 2014).

En efecto, un paso intermedio entre la prevención primaria y secundaria es comúnmente la aplicación del test de ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay) para detectar la presencia del virus en la sangre. Según la *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*, en Chile solo el 17,2% de la población se ha realizado el examen en los últimos 12 meses. Sin embargo, lo que más llama la atención es la diferencia significativa en relación al período 2009-2010, evidenciando una amplia reducción de aplicación del test.

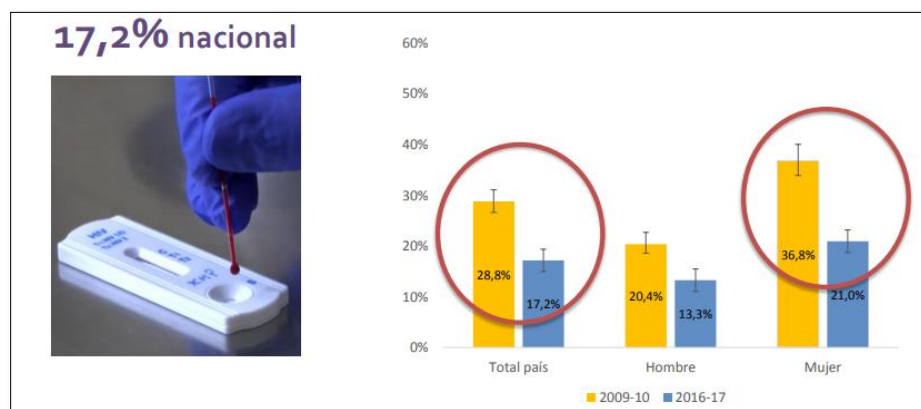


Figura 2 Encuestados que dicen "sí" haberse realizado el examen del VIH/SIDA. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Al analizar los motivos que gatillan consultar el test de ELISA, los datos arrojan el siguiente panorama cuyos resultados son heterogéneos según sexo.

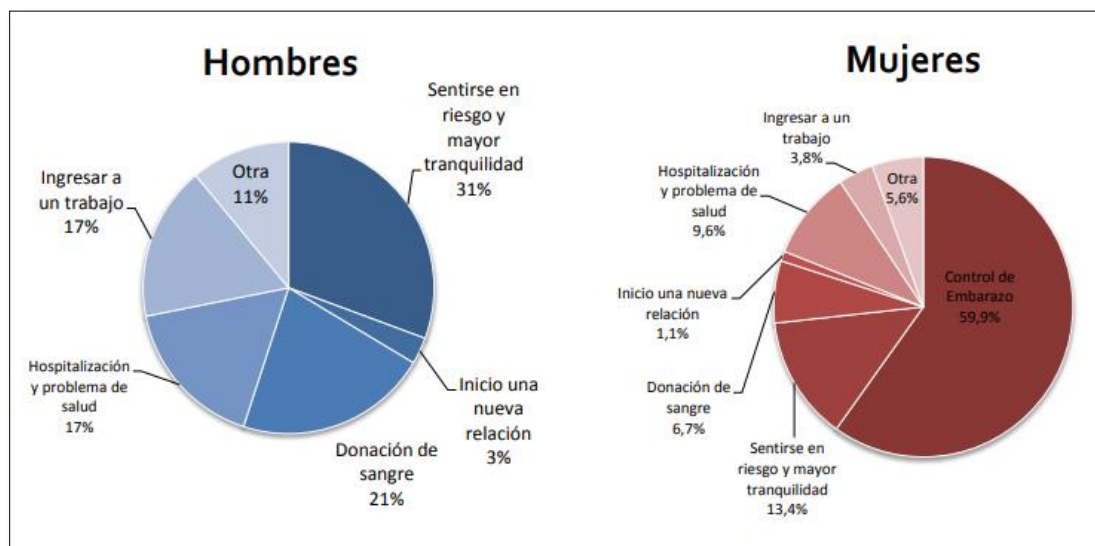


Figura 3 Motivación para realizarse el examen del VIH/SIDA. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Como se aprecia en el gráfico, en el caso de los varones el mayor porcentaje acude motivado por un sentimiento de riesgo y procurando mayor tranquilidad, de lo cual se podría deducir se trataría principalmente de relaciones homosexuales o bisexuales. Mientras que, en el caso de las mujeres, el mayor porcentaje de respuesta se concentra en el control de embarazo, es decir, responde a un examen de rutina que no guarda relación con una acción voluntaria de autocuidado. Por último, llama la atención que en ambos casos el inicio de una nueva relación muestra el menor porcentaje de respuesta como motivo de aplicación del test. Situación que deja inferir también la falta de hábitos de autocuidado y de educación sexual que gobierna la vida de pareja descuidando no solo el riesgo de contraer VIH, sino también otras infecciones de transmisión sexual. Aquí surgen inevitablemente algunos debates de tipo legal y ético como por ejemplo el acceso al examen de VIH para personas menores de edad. Pues en Chile, toda persona que sea menor de 18 años, no puede realizarse el examen sin consentimiento de sus padres o tutores, y lo mismo sucede con el tratamiento. Sin embargo, dado que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 17 años (Encuesta Nacional de Salud 2016-2017), el marco legal impuesto viene a ser una limitante para el diagnóstico temprano de quienes pudieran ser portadores de VIH.

Ante la vorágine causada por los datos presentados en un comienzo, en abril de este año se implementó en Chile un primer despliegue en de test rápido y gratuito llevado a cabo por la Universidad de Chile ofrecido a la comunidad universitaria. Se trata de un test que funciona de manera similar al test de embarazo, pero en lugar de orina utiliza una pequeña muestra de sangre extraída mediante el pinchazo de la yema de un

dedo y en 15 minutos se obtiene el resultado. De la mano de este operativo, diversos parlamentarios han realizado un llamado al gobierno para autorizar la comercialización del test rápido de detección del VIH en farmacias y dispensadores de libre acceso. Esto principalmente porque tiene un bajo costo, 4€ aproximadamente, y además reduce significativamente el tiempo de espera en comparación al tiempo invertido en el sistema de salud para realizarse el test de Elisa en un laboratorio clínico (30 días es el promedio de tiempo de espera). Y es que la burocratización del examen (orden médica, consentimiento informado, consejería) se ha identificado como uno de los principales factores que ha influido en la tardía detección de algunos casos de contagio, cuando ya no solo poca eficacia puede tener el tratamiento sino también puede ser muy tarde para evitar otros contagios.

Cabe notar las diferencias existentes respecto al grado de fiabilidad de los test en relación al período de ventana del VIH, esto es, el tiempo necesario para detectar la producción de anticuerpos, la presencia de un fragmento viral del antígeno p24 del VIH1 o bien la presencia del virus en la sangre a través de una prueba de ácido nucleico. En general, el tiempo para pesquisar anticuerpos en la sangre es de tres meses tras un contagio. Los test rápidos, que solo requieren una punción digital, son pruebas de anticuerpo y en promedio necesitan 90 días para arrojar un resultado de alta confiabilidad. En cambio, una prueba combinada de antígeno/anticuerpo (test de Elisa) realizada en un laboratorio, puede detectar el virus pasadas dos semanas tras la exposición al virus mediante la extracción de sangre venosa. La única técnica que puede pesquisar el virus trascurridos apenas 7 días tras haber adquirido el virus, es el test PCR (Polymerase Chain Reaction), cuya sensibilidad logra detectar 20 copias del virus por mililitro sanguíneo (Múnera-Jaramillo et. al. 2012).

En resumen, la información concerniente al bajo uso de preservativo y a la baja aplicación del test ya sea de laboratorio o su versión rápida, resulta clave si consideramos que la principal vía de transmisión del VIH es por vía sexual, correspondiendo al 99% de los casos notificados según datos de ONUSIDA.

4. Los nuevos retos de la prevención secundaria

La segunda meta de ONUSIDA apunta a que el 90% de las personas que viven con el VIH reciban terapia antirretroviral a fin de aumentar la supervivencia para el año 2020. Esta medición permite monitorear la retención del tratamiento evaluando los índices de carga viral. Esto último concierne a la tercera meta, referida a la supresión de la carga viral, es decir, bajar a <50 copias por mililitro el nivel de viremia. Cuando esto ocurre se considera a la persona “indetectable”. Esto quiere decir que después de al menos 12 meses de tratamiento, la persona puede alcanzar un riesgo muy bajo y/o nulo de transmitir el virus.

El tratamiento antirretroviral (TAR) forma parte de lo que World Health Organization (WHO) ha denominado “Tratamiento como prevención” conocido por sus siglas en inglés como TasP, que también es aplicado para prevenir la transmisión de VIH. “TasP needs to be considered as a key element of combination HIV prevention and as a major part of the solution to ending the HIV epidemic” (WHO, 2012a, p. 19).

En Chile, el tratamiento antirretroviral está cubierto por el *Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas* (AUGE) de la Superintendencia de Salud, que otorga beneficios garantizados por ley a todas aquellas personas afiliadas al *Fondo Nacional de Salud* (FONASA) o a *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRES) correspondientes al sistema de salud privado. El AUGE contempla el tratamiento garantizado de 80 patologías entre las cuales el VIH/Sida es una de ellas en el conjunto de enfermedades crónicas.

Hoy es posible advertir que la existencia y disponibilidad del tratamiento ha surtido un doble efecto en la percepción respecto al VIH.

Nos parece que, desde el punto de vista de los pacientes, hay una disminución de la percepción de riesgo. Existe el conocimiento general que el tratamiento está asegurado por el sistema de salud, que es efectivo y que los pacientes tratados pueden tener una vida normal. Ante esto, la mayoría considera que el VIH no es una infección “peligrosa” y, por lo tanto, dejan de protegerse (Isabel Amor, comunicación persona, 11 de mayo 2018).

Acontece pues una pérdida del temor a la enfermedad en cuanto ya no representa una condición ineludiblemente mortal, lo que ha devenido descuidar la protección de las prácticas sexuales. Pero tal vez la muerte no es lo que nos suscita más horror, como sí lo hacen aquellas enfermedades que “transforman el cuerpo en algo alienante, como la lepra, la sífilis, el cólera y (según la imaginación de muchos) el cáncer” (Sontang, 1977/2016, p. 70). Una transformación que Sontang llama “orgánica” dejando entrever una suerte de descomposición que se asoma por el rostro de quien padece. En este sentido, ser portador del VIH y estar bajo tratamiento no supone un declive físico, y en caso de padecer un deterioro, no implica marcas ni deja huellas en el cuerpo como sí lo hace por ejemplo la sífilis y la lepra. El rechazo al VIH sucede más bien por estar vinculado a la sexualidad y asociarse a conductas promiscuas, lo que no deja de ser parte de un constructo social que opera bajo la lógica del estigma, pues todos estamos expuestos al contagio independientemente de la osadía íntima.

Una vez realizado el test, si el resultado del examen da positivo se ponen en marcha los mecanismos de prevención secundaria para disminuir el riesgo de transmisión a personas de serología negativa. El sistema de salud de Estados Unidos ha propuesto el modelo llamado “HIV care continuum”, que permite visualizar los pasos a seguir por la persona portadora de VIH, para evitar la transmisión y velar por la retención del tratamiento. Esto, con el objetivo de reducir la carga viral favoreciendo su salud y factor de riesgo.

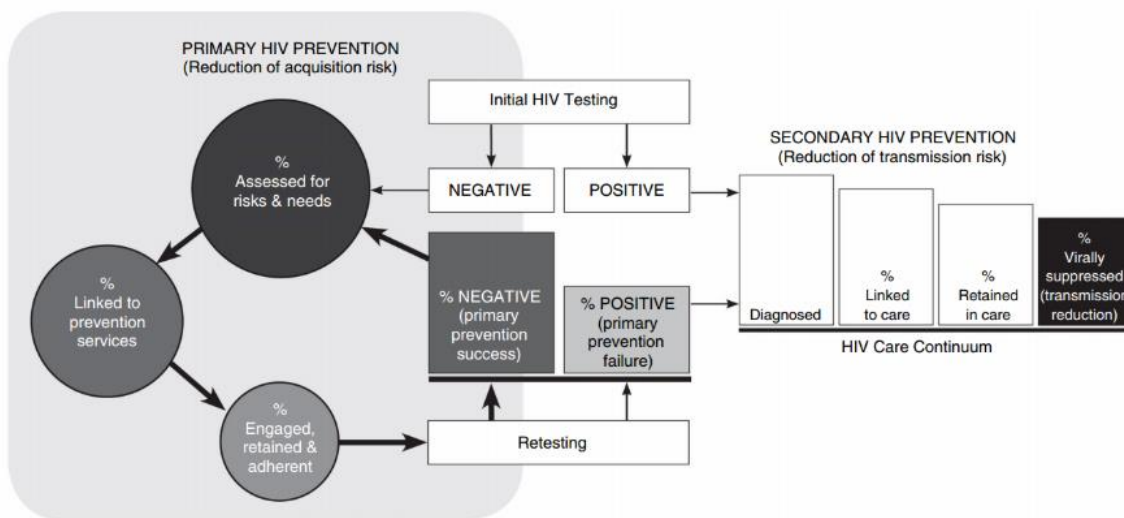


Figura 4: HIV care continuum. Fuente: La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C

Como se puede apreciar en la segunda etapa del esquema, el énfasis está puesto en la continuidad de la terapia antirretroviral, también conocida como TAR, que no cura la enfermedad, pero sí reduce la carga viral en el cuerpo, mejorando la calidad de vida de la persona. Este proceso es clave, porque incluso en aquellos casos de mujeres embarazadas puede reducir el riesgo de propagación perinatal, ya sea durante el período de embarazo, del parto o de lactancia.

Como ya decíamos, el VIH ya no es una enfermedad mortal, las tasas de mortalidad han disminuido sostenidamente en el tiempo gracias al tratamiento antirretroviral. Sin embargo, según datos de la OMS, portar el virus aumenta la probabilidad hasta 50 veces de contraer la infección del bacilo de la Tuberculosis a lo largo de la vida, en comparación con personas que no están infectadas por VIH. Actualmente, la mayor parte de esta llamada “co-epidemia” se registra en África subsahariana, no obstante, con el aumento de la incidencia TB y de VIH en Latinoamérica, podría potenciarse una simbiosis aún más grave, creando resistencia a nivel farmacológico con consecuencias a nivel terapéutico. De hecho, de acuerdo a la OMS, el 2016, se estima que el 40% de las muertes asociadas al VIH en el mundo, se debieron a la tuberculosis.

Este último punto es crucial desde un enfoque a largo plazo, sobre todo si consideramos que el escenario globalizado en que hoy nos encontramos nos ha vuelto más vulnerables a las enfermedades infecciosas y, por ende, a las co-epidemias que puedan potenciarse. Y es que, producto del cambio climático, la industria alimenticia, la deforestación, las migraciones, entre otros factores (Saker et..al., 2006), han reemergido

brotos virales⁸, algunas personas han generado resistencia a ciertos antibióticos, han nacido nuevos virus y bacterias, e incluso, la pérdida de la biodiversidad vegetal ha afectado la industria farmacológica. Un contexto que al mismo tiempo deja entrever las inequidades sociales, en tanto “there is increasing evidence that infections diseases affect the por disproportionately because of inequities in basis living conditions (e.g., clean water, housing, sanitation), in the availability of and access to health care, in standards of diet and nutrition, and in migration patterns” (Saker, et. al. 2006, p. 34).

5. Truvada, un nuevo escenario

Truvada es un medicamento antirretroviral de profilaxis pre-exposición, también conocido como PrEP, cuyo uso es indicado para personas adultas VIH negativo con alto riesgo de contraer el virus. Su formato para consumo oral en píldora contiene como principio activo *tenofovir* y *emtricitabine*, y como gel vaginal sólo contiene *tenofovir*, demostrando una eficacia menor al tratamiento según WHO. En general, se recomienda tomar una píldora al día, aunque la dosificación puede variar según el tipo de actividad sexual de riesgo (anal o vaginal). Y cuando se ha estado expuesto a un evento de alto riesgo de contagio sin haber estado tomando el medicamento previamente, se recomienda llevar a cabo el tratamiento profilaxis de post-exposición (PeP). Este consiste en comenzar a tomar la píldora dentro de las primeras 72 horas tras el evento y continuar su ingesta diaria durante un mes.

El uso de PrEP al igual que el TAR, también se enmarca dentro del “tratamiento como prevención” impulsado por WHO el 2012. De hecho, podemos situar los inicios de la progresiva popularización del PrEP el año 2012, cuando la Organización Mundial de la Salud publicó una guía con recomendaciones para el uso de profilaxis PrEP focalizado en parejas serodiscordantes y en hombres y mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales con varones.

The field of HIV prevention, until recently, experienced years of disappointment, as the search for potential vaccines and non-antiretroviral microbicides has yielded little result. Now, however, a promising new approach has emerged: the use of antiretroviral drugs for HIV prevention, both for those uninfected and for those already living with HIV.

(...) Therefore, experience with using PrEP outside the context of controlled clinical trials is needed. For this, WHO is encouraging countries to undertake demonstration projects and will offer advice on key questions and areas that could be addressed to facilitate understanding of the safety, effectiveness and sustainability of daily oral PrEP and its use as an addition to existing HIV prevention efforts (WHO, 2012b, p. 3).

⁸ Revisar por ejemplo los casos de aumento del dengue y fiebre amarilla en Brasil, los brotes de sarampión en Portugal y de lepra en Chile.

Desde entonces, distintos países han ido aprobado e implementado el uso del medicamento como parte de sus políticas de gobierno. Países como Estados Unidos, Canadá, Francia, Perú, Sudáfrica, Brasil, Kenia, Australia, Italia e Israel ofrecen algún tipo de programa a nivel nacional para proveer el medicamento a las personas que corren riesgo. Particularmente en América Latina, el año 2017 Brasil fue el primer país en incorporar dentro de su sistema de salud un programa de distribución gratuita para aquella población de mayor riesgo. En Chile, recientemente especialistas y organizaciones de personas con VIH han solicitado al Ministerio de Salud incorporar dentro de la política pública la distribución gratuita del medicamento debido a su alto costo. Cabe notar que la distribución en gran parte de los países se realiza bajo un protocolo de regulación y monitoreo, pues puede producir efectos secundarios tales como problemas renales, acidosis láctica, y problemas óseos. Lo más delicado es que su uso interrumpido puede ser contraproducente para quienes tienen hepatitis B, ya que puede generar resistencia del virus VHB generando una inflamación hepática o brote viral.

El Truvada forma parte de las llamadas “nuevas tecnologías de prevención” (Fogaça & Cerqueira, 2016) donde se incluyen los métodos profilácticos tales como el PrEP, el PeP y la TARV para el caso de parejas serodiscordantes. Se entiende por estas tecnologías biomédicas la aplicación de nuevos conocimientos para mejorar el cuidado de la salud de las personas (Maksud, Martínez y Filgueiras, 2015). De la mano de estas tecnologías, se asiste a un nuevo escenario que anuncia y ya manifiesta

a ampliação da oferta de novas tecnologias de prevenção visando á redução da incidencia do HIV. (...) Devem ser considerados os efeitos que a medicalização do campo da prevenção pode acarretar, como possível relaxamento das práticas sexuais seguras, com um potencial efeito desinibitório. Não está suficientemente claro o impacto potencial de efeitos adversos a longo prazo, quando utilizadas essas estratégias em escala populacional (Maksud et. al, 2015, p. 112).

En efecto, la distribución de tecnologías de prevención profiláctica pre y post exposición no deja de ser controversial por cuanto hay posturas que afirman que su uso podría tornar más vulnerable las prácticas sexuales mediante actitudes desafectadas del autocuidado y del cuidado de la pareja sexual (Lena & Ventura, 2018; Barreiro, 2018). De hecho, el mismo año en que comienza la popularización del Truvada, en Estados Unidos un reportero de *Huffington Post* publicó una columna de opinión titulada: *Truvada Whores?* donde sugiere que la promoción de su uso evade la responsabilidad y educación sexual a la vez que promueve relaciones promiscuas.

Gay youth are not as afraid of HIV as many of us were in the past. That's a good thing. HIV is not a death sentence anymore, and the stigma surrounding HIV has declined, as it should. But having unprotected sex and willingly taking that risk because you're on an easy, preemptive treatment regime is just plain stupid (Duran, 2012.).

Irónicamente, en respuesta a este discurso se articuló un movimiento llamado *#TruvadaWhore* al cual adhieren los usuarios del medicamento que reivindican el PrEP independientemente de la orientación sexual e identidad de género, y que asumen practicar eventualmente sexo no seguro. Se vislumbra así una delgada línea: del estigma del VIH/Sida como sinónimo de arma letal, se ha cruzado al otro lado de la rivera enarbolando reivindicaciones de placer sexual, libertad individual y el derecho biológico a contar con un nuevo medicamento. Estamos quizás asistiendo a la construcción de un nuevo mito, la reinención de la intimidad en un escenario donde pese a todo, Truvada sí representa una esperanza para muchas personas que pueden estar expuestas a contextos de alto riesgo.

Es menester dar cabida a un amplio abanico de posibilidades de prevención y tratamiento, pues no se trata solo de posturas políticas e individuales, sino que estamos hablando de la salud y vida humana. En esa línea los entrevistados señalan:

me parece preocupante la fuerte arremetida de la medicalización como línea de estrategia preventiva. (...) Entiendo que habrá siempre un porcentaje de personas que no están en situación de cambiar conductas de riesgo, pero la gran mayoría tiene que tener mejores estrategias de prevención. El medicamento es de alto costo, ¿cómo se va a resolver su acceso? Lo que hace falta que esté en el GES, son los puntos de consejerías o apoyos para el acompañamiento si las personas lo requieren (Luz María Yaconi, comunicación persona, 24 de mayo 2018).

Creo que todo fármaco que ayude a prevenir una enfermedad puede ser de ayuda, pero también cualquier sustancia de la que se abusa mucho termina siendo perjudicial en alguna medida. Creo que este medicamento debe estar disponible para cualquier persona que estuvo expuesta al virus y lo requiera para prevenir el contagio, pero se supone que es una medida de emergencia. También está el desafío de concientizar de que la primera y mejor opción en una relación sexual con intercambio de fluidos es el condón (Michelle Riquelme, comunicación personal, 6 de mayo 2018).

La principal razón para el uso de Truvada en población sana es la "PrEP". (...) Lo que hay que hacer es educar a la población y facilitar el ingreso de medicamentos genéricos para disminuir el costo y es necesario que los pacientes sepan que el PrEP es efectivo sólo cuando hay más de un 70% de adherencia, que puede tener efectos secundarios (por lo que requiere control médico para su uso) y que no protege contra otras ITS (Isabel Amor, comunicación personal, 11 de mayo 2018).

Como vemos, si bien las opiniones convienen positivamente con el uso del Truvada, todas a su vez resaltan como punto fundamental la necesidad de generar mayor educación sexual de la población. Pues la sola educación y subsecuentemente sexualidad responsable reduciría el riesgo de contagio, evitando recurrir a la medicalización, librando los efectos secundarios que esta pueda producir, y asimismo evitaría un gasto económico.

Reflexiones finales

Hasta aquí hemos revisado un panorama general de la situación del VIH/Sida en Chile. No es difícil responder la pregunta inicial de nuestro planteamiento, a saber, por qué ha aumentado la incidencia de VIH en los últimos 2 años en el país. Todo apunta a la falta de educación sexual, el debilitamiento de las campañas de prevención primaria y la desarticulación de un trabajo colaborativo e intersectorial que aborde el tema desde el ámbito de la salud, la educación, el trabajo, sin perder como objetivo el bienestar colectivo e individual de las personas. Por otra parte, es urgente regularizar las bases institucionales de datos, pues solo así se podrá garantizar un seguimiento efectivo de los casos notificados. En este sentido, los datos cuantitativos son sinónimos de poder, en la medida que representan la materia prima para implementar y/o transformar políticas públicas con pertinencia social, cultural y territorial.

A partir de la información presentada, es posible también afirmar que sí estamos siendo testigos de un cambio cultural, un cambio de paradigma frente a las enfermedades de transmisión sexual, particularmente del VIH/Sida. Esto debido principalmente a que ya no representa una dolencia mortal y los avances en la medicina han permitido una gran efectividad del tratamiento antirretroviral alcanzando incluso el estado de supresión viral. No obstante, este cambio cultural que trae aparejado un cambio de percepciones subjetivas respecto a la enfermedad, ha significado también el descuido de la actividad sexual, en consecuencia, la exposición a contraer otras ITS y, todo ello ha desencadenado el imperativo de nuevas estrategias y mecanismos preventivos. Si antes el acento estaba puesto en las campañas de prevención primaria, hoy habitamos un nuevo escenario que exige fortalecer las campañas de prevención secundaria.

El TAR se ha convertido en una suerte de comodín de algunos movimientos e individuos. Lo que deja avizorar cierta contradicción de los propios actores que, imbuidos por discursos de Derechos Humanos, ciudadanos y biológicos, optan por mecanismos de alto costo para el Estado para cubrir necesidades que podrían haber sido evitadas con una actitud individual responsable. En otras palabras, reina un exacerbado sentido por proteger los derechos individuales, ya sean sexuales, biológicos, de identidades, más en ese andar quedan obnubiladas ciertas luchas por derechos colectivos. De este modo, se observa cómo lo individual se vuelve político, y lo colectivo comienza a difuminarse bajo el discurso de múltiples diversidades.

Son múltiples los factores a considerar para realizar intervenciones que apunten a disminuir el contagio de VIH, así como de otras ITS. De acuerdo a los antecedentes recabados a través de datos cuantitativos y cualitativos apoyados estos últimos por la voz de representantes de organizaciones sociales vinculados al tema, la educación es una pieza clave para el trabajo en torno al VIH. La educación debería constituir un eje transversal de las acciones preventivas y de promoción de la salud, considerando la complejidad del

tejido sociocultural de los diferentes grupos de riesgo, así como las prácticas que hoy predominan en relación a la sexualidad. En ese sentido, la educación es una piedra angular que asegura la autonomía de los individuos, la transmisión de aprendizajes, el ejercicio de la libertad colectiva e individual y otorga herramientas para el bienestar físico y mental de las personas. En lo que respecta a las condiciones materiales, hay que agregar que reduce los costos económicos que el Estado debe destinar al tratamiento clínico de la enfermedad. En todo esto, es fundamental la participación de actores sociales y de organizaciones de la sociedad civil, pero por sobre todo se requiere el rol activo del Estado. Así, en general, el panorama epidemiológico de enfermedades infecciosas, requiere articular esfuerzos intersectoriales a nivel nacional e internacional. Puesto que

the impact of globalization on infectious diseases support the need for appropriate forms of global governance on key issues to improve systems for prevention, control, and treatment. National level efforts and international health cooperation, notably through international health regulations, are reliant on voluntary cooperation by governments (Saker et. al. 2006, p. 34).

En otras palabras, se requiere de voluntades políticas capaces de trabajar colaborativa y solidariamente y, por cierto, de manera informada, en torno a un tema que vuelve lo privado, público, lo íntimo, político, y donde el cuerpo puede ser un poderoso agente de bienestar o malestar social.

Referencias bibliográficas

- Améstica, C. (9 de abril 2018). Casos de VIH SIDA aumentaron en 96% en siete años: Ministro proyecta que hay 100 mil contagios. *La Segunda*. Recuperado de <http://impresa.lasegunda.com/2018/04/09/A/913C23VM/all>
- Barreiro, P. (2018). Hot News: Sexually Transmitted Infections on the Rise in PrEP Users. *AIDS. Rev.* 20(1), 70-71. Recuperado de <http://www.aidsreviews.com/resumen.php?id=1418&indice=2018201&u=unp>
- Departamento de Epidemiología. (2016). *Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile*. Chile: Ministerio de Salud. Recuperado de https://www.icmer.org/documentos/infecciones_transmision_sexual/Situacion ITS 2016.pdf
- Departamento de Epidemiología. (2017). *Boletín epidemiológico trimestral. Sífilis en todas sus formas*. 113(3). Chile: Ministerio de Salud. Recuperado de http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/08/BET_SIFILIS_JULIO.pdf

- Departamento de Epidemiología. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados*. Chile: Ministerio de Salud. Recuperado de http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- Departamento de Epidemiología. (2017). *Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile*. Chile: Ministerio de Salud. Recuperado de <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/04/Situacion ITS 2017.pdf>
- Duran, D. (2012). Truvada Whores? The blog. *Huffpost*. Recuperado de https://www.huffingtonpost.com/david-duran/truvada-whores_b_2113588.html?guccounter=1
- El Mostrador. (17 de abril 2018). De nuevo se equivocó: Ministro de Salud reconoce error sobre cifras del VIH en Chile. *El Mostrador*. Recuperado de <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2018/04/17/de-nuevo-se-equivoco-ministro-de-salud-reconoce-error-sobre-cifras-del-vih-en-chile/>
- Fogaça, M. & Cerqueira, O. (2016). O fim da epidemia de AIDS e as novas tecnologias de prevenção e tratamento. Considerações sob a perspectiva de direitos humanos. *Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo*. Diversidade e Igualdade Racial. Direitos humanos e combate a discriminação na perspectiva da vida com HIV/AIDS: avanços e retrocessos. 1. Recuperado de http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_ser_vicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Cad-Def-Pub-SP_n.1.pdf
- Instituto Nacional de la Juventud. (2015). *Encuesta Nacional de Juventud*. Chile: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro_Octava_Encuesta_Nacional_de_Juventud.pdf
- Lena Bastos, L., & Ventura, M. (2018). “Yep, I’m a Truvada Whore”: Ativismo e cidadania biológica na era das novas estratégias de prevenção do HIV/AIDS. *METAXY: Revista brasileira de cultura e políticas em Direitos Humanos*, 1(2). Recuperado de <https://revistas.ufrj.br/index.php/metaxy/article/view/12333>
- Maksud, I., Martinez, N. & Filgueiras, S. (2015). Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(Suppl. 1), 104-119. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050008>
- Marín, C. & Rivas, M. (16 de abril 2018). Con el tejo más que pasado: ONUSIDA desmiente a ministro Santelices por cifras de mortalidad en Chile a causa del VIH. *El Mostrador*. Recuperado de

<http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2018/04/16/con-el-tejo-mas-que-pasado-onusida-desmiente-a-ministro-santelices-por-cifras-de-mortalidad-en-chile-a-causa-del-vih/>

Ministerio de Salud. (2017). *“Tuberculosis” Informe de situación Chile: 2016*. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis. Depto. De Enfermedades Transmisibles. Chile. Recuperado de http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/06/Informe-de-Situaci%C3%B3n-de-Tuberculosis-2016.pdf

Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (2018). *Estrategia en Sexualidad, Afectividad y Género. Guía de implementación en el nivel territorial*. Chile. Recuperado de http://www.convivenciaescolar.cl/usuarios/convivencia_escolar/File/2018/GUIA%20DE%20IMPLEMENTACION%20DE%20LA%20ESAG%2012%2002%2018%20FINAL.PDF

Múnera-Jaramillo, M. I., Ramírez-Puerta, B. S., Carrillo-Ávila, S. M., & Rojas-Ríos, R. (2012). Comparación de los métodos de cuantificación de carga viral de VIH: COBAS® AmpliPrep/OBAS® TaqMan HIV-1 test, v 2.0, y VERSANT HIV-1 RNA 1.0 Assay (kPCR). *Infectio*, 16(1), 8–14. [http://doi.org/10.1016/S0123-9392\(12\)70052-8](http://doi.org/10.1016/S0123-9392(12)70052-8)

ONUSIDA. (2014). *90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida*. Geneva, Switzerland: ONUSIDA. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/90-90-90>

ONUSIDA. (2016). *Monitoreo global del Sida 2017. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016*. Geneva, Switzerland: ONUSIDA. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). *Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el IH en adultos y niños*. Washington, USA: WHO. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION_ESTADIFICACION2.pdf

Saker, I., Lee, K., & Cannito, B. (2006). Infectious disease in the age of globalization. In: Kawachi, I. & Wamala, S. (Eds.). *Globalization and Health*. (19-38). Oxford, USA: Oxford University Press.

Singer, M. (2015). *Anthropology of infectious disease*. New York, USA: Routledge.

Sontang, S. (2016). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. (Traduc. Mario Muchnik). Editor digital: Titivillus. (Original en inglés, 1977).

UNADIS. (2017). *Ending Aids. Progress towards the 90-90-90 targets*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.

Recuperado de

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf

World Health Organization (WHO). (2012). *Guidance on pre-exposure oral prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: Recommendations for use in the context of demonstration projects*. Geneva, Switzerland: WHO Press.

Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75188/9789241503884_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO). (2012). *Programmatic update. Antiretroviral treatment as prevention (TasP) of HIV and TB*. Geneva, Switzerland: WHO Press.

Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70904/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO). (2017). *Global tuberculosis report 2017*. Geneva, Switzerland: WHO Press.

Recuperado de http://www.who.int/tb/publications/global_report/MainText_13Nov2017.pdf?ua=1

Páginas de internet:

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Sitio <https://www.bcn.cl/>

Departamento de Epidemiología – Ministerio de Salud de Chile. Sitio <http://epi.minsal.cl/>

Instituto de Salud Pública – Ministerio de Salud de Chile. Sitio <http://www.ispch.cl/>

ONUSIDA. Sitio <http://www.unaids.org>

Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES). Sitio <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonAuge>

Truvada. Sitio <https://www.truvada.com/>