

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD



# RESUMEN EJECUTIVO



## I.- Introducción

En Chile los primeros casos de SIDA se notificaron hace 24 años, desde esa fecha hasta diciembre del año 2007, las notificaciones alcanzan a 18.552 casos de VIH o SIDA y hasta el 2006, han fallecido 5.710 personas. Afecta principalmente a adultos jóvenes entre 20 y 39 años y mayoritariamente de sexo masculino. La principal vía de exposición al virus es la sexual (90%). Si bien en los hombres las vías de exposición homosexual y bisexual concentran el mayor número de casos (61.6%), se aprecia una tendencia constante al aumento de contagio por vía heterosexual. La proporción de personas con VIH o SIDA con educación media y superior es más alta que la observada en la población general.

Las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Metropolitana y Valparaíso, muestran las tasas acumuladas más altas de todo el período analizado, tanto en VIH como en SIDA. La región con la tasa más baja para SIDA, es Aysén, mientras que la región con la tasa más baja de VIH es la Araucanía.

Entre 1990 y 2006 se produjeron en Chile 5.710 defunciones por SIDA, de las cuales, el 85% corresponden a hombres. La tasa de mortalidad experimentó un aumento progresivo hasta el 2001, año en que se observó la tasa más alta del período (3.6 por 100.000 hab.). Mientras que en los últimos cuatro años (2002-2006), la mortalidad ha mostrado un descenso sostenido llegando el 2006, a 2.6 por 100.000 hab. Entre el año 2001 y 2006 los hombres disminuyeron la mortalidad en 1.8 por cien mil, en tanto entre las mujeres la mortalidad se ha mantenido relativamente estable el último quinquenio (0.8 por 100.000 habitantes), con una disminución puntual el año 2004.

Las acciones realizadas en el ámbito de la prevención, detección precoz, tratamiento oportuno de las personas con VIH han sido numerosas. En el ámbito de la prevención y educación a la población se han realizado campañas de comunicación (9 hasta la fecha) social e información periodística. Se ha trabajado en propuestas de educación y capacitación focalizada hacia grupos sociales específicos; y el nivel individual a través de la consejería cara a cara y mediante FONOSIDA.



## II.- Normativa legal relacionada a VIH SIDA

Desde el año 2001 existe en el país la ley 19.779 que “establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana”, que junto al decreto 182 y la resolución 371, establecen los principios básicos de confidencialidad, consentimiento informado, la definición del ISP como centro de referencia a cargo de la confirmación de los resultados de los exámenes del sector público y privado. La Ley 19.779 Define en su artículo 5° las condiciones de voluntariedad y confidencialidad para el examen de detección y notificación de resultados al paciente.

“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 estos 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 D.F.L Nº 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional; por el D.F.L. Nº 2, de 1968, del Ministerio del Interior, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el D.S. Nº 412, de 1992, del Ministerio de Defensa Nacional y por el D.F.L. Nº 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.

El Reglamento Número 18 del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, tomado razón por contraloría el 20 de Diciembre de 2006, define en su artículo 9 que la entrega del examen 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 el caso de resultado positivo, dicha entrega sólo se verificará una vez que se hayan realizado todos los exámenes confirmatorios establecidos.

En la Norma de Manejo y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, aprobada por el decreto exento 424 del 17 de julio del 2008 en la página 31 y 32 se establecen las funciones que le corresponden a las distintas entidades que son componentes del sistema público de salud en este sentido establece que:

Los Establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS): Con el objeto de establecer mecanismos y procedimientos que permitan, un fácil acceso a la atención, el tratamiento oportuno de las mismas, y la derivación a la Unidad de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS) en caso necesario. Esta coordinación implica:

- La prevención y seguimiento de la sífilis en las mujeres en edad fértil, embarazadas y sus parejas y/o contactos sexuales.
- Prevención y seguimiento de la sífilis congénita y el seguimiento de los recién nacidos con serologías reactivas.
- La profilaxis de ITS en personas víctimas de violencia sexual que han sido atendidas en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Referencia y contrarreferencia.

Asumir el rol de referente técnico de la capacitación a los equipos de APS coordinada por el Gestor de Redes, especialmente en quienes harán manejo sindrómico.

Los Establecimientos Hospitalarios: Especialmente en la atención hospitalaria que dice relación con:

- La prevención y tratamiento de la sífilis congénita (maternidad, neonatología, pediatría).
- El tratamiento de complicaciones de algunas ITS, especialmente en Personas que viven con VIH (PVVIH).
- La profilaxis de ITS en personas víctimas de violencia sexual que han sido atendidas en Servicios de Urgencia.

Referencia y Contrarreferencia.

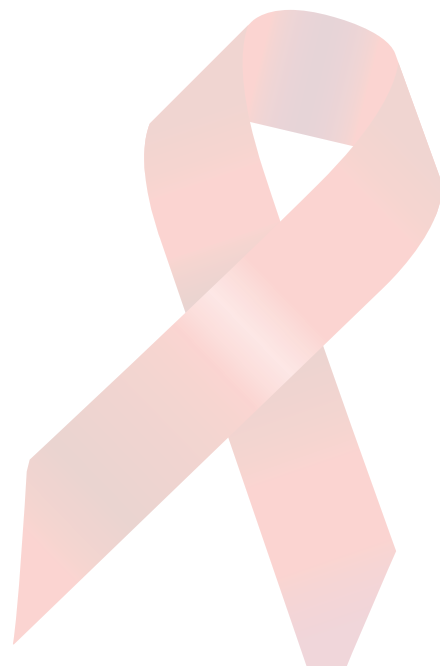
Laboratorio, Bancos de Sangre e Instituto de Salud Pública  
Realización de exámenes y entrega oportuna de resultados.  
Vigilancia de resistencia a antibióticos.

Los Servicios de Salud deberán realizar:

- Seguimiento de casos en el intra y extrasistema
- Capacitación de los equipos de atención
- Asesoría Técnico -Administrativa

Los Seremi de Salud deberán realizar:

- Vigilancia Epidemiológica
- Asesoría Técnica para la prevención
- Prevención en Grupos focalizados
- MINSAL: Asesoría Técnica



Otra de la normativa importante a considerar es la referida a enfermedades de Notificación obligatorias y la circular número B51 /18 del 21 de marzo del 2007, que define los elementos técnicos y operativos de la Vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA. El objetivo de ésta es conocer la magnitud, tendencia y características de la epidemia en nuestro país, los factores de riesgo para adquirir la infección de VIH y vías de transmisión. Este conocimiento permitirá evaluar el impacto de las medidas de prevención y control realizadas en Chile.

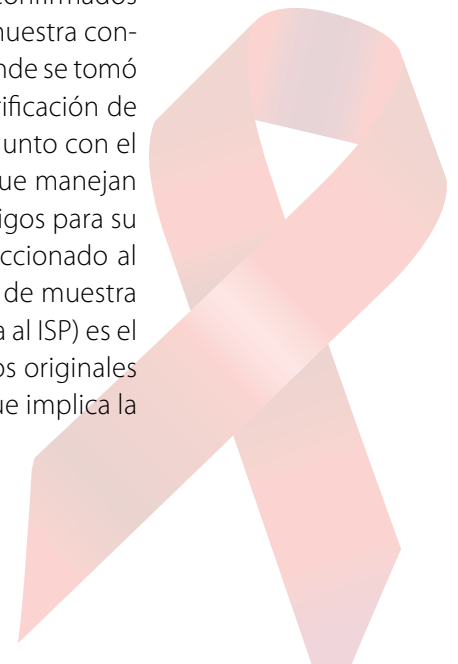
### **III.- Algoritmo de procedimiento para la detección, confirmación y acceso a tratamiento de pacientes seropositivos**

Se describe brevemente el flujograma establecido para detección, confirmación, consejería y acceso a tratamiento de los pacientes seropositivos que lo requieran. Si bien este flujograma representa una realidad nacional, tal como es señalado en los anexos presenta variaciones y adaptaciones según la realidad regional y local.

Como ingreso o puerta de entrada podemos decir que los profesionales de la salud pueden solicitar el examen de VIH ante una sospecha sólo si se ha realizado una consejería y tras la obtención de un consentimiento explícito firmado de la persona. Al mismo tiempo, cualquier persona que lo desee se puede realizar el examen diagnóstico en alguno de los centros gratuitos del sistema público. El examen diagnóstico es ofrecido a todas las embarazadas del país, también éste es ofrecido ante situaciones de abuso sexual e incluso frente a exposición a sangre o fluidos corporales durante la atención sanitaria y que afecte al personal de salud, incluyéndose incluso para estos casos el tratamiento profiláctico, si así lo amerita.

El examen de diagnóstico inicial, ELISA para VIH, tiene una alta sensibilidad en la detección de los casos positivos pero se requiere un examen adicional de confirmación, dado que puede llegar a tener cerca de un 50% de falsos positivos. De ahí que por ley (N° 19.779) se establece que todo examen indicativo de infección VIH con la técnica inicial de ELISA no sea informado como tal y se envíe al Instituto de Salud Pública de Chile, donde se efectúan técnicas complementarias de confirmación de alta precisión.

Aquellas muestras en las que se ratifique la infección en el ISP son casos confirmados VIH(+) pero no pacientes confirmados. Para relacionar inequívocamente la muestra confirmada con una persona determinada se requiere que el laboratorio local donde se tomó la muestra practique la toma de una nueva muestra (contramuestra) de verificación de identidad, de manera de minimizar el riesgo de errores. Cabe destacar que, junto con el médico tratante, son las unidades de toma de muestra locales las únicos que manejan la identidad del individuo dado que la muestra enviada al ISP sólo tiene códigos para su identificación (únicos, irrepetibles e inidentificables). Este código es confeccionado al momento de la toma de muestra, por lo que ese centro (la unidad de toma de muestra del laboratorio o Banco de sangre donde se tomó la muestra para ser enviada al ISP) es el único lugar en que se puede, a través del código volver a recuperar los datos originales de la persona. Este aspecto es fundamental para entender la complejidad que implica la revisión y evaluación realizada.



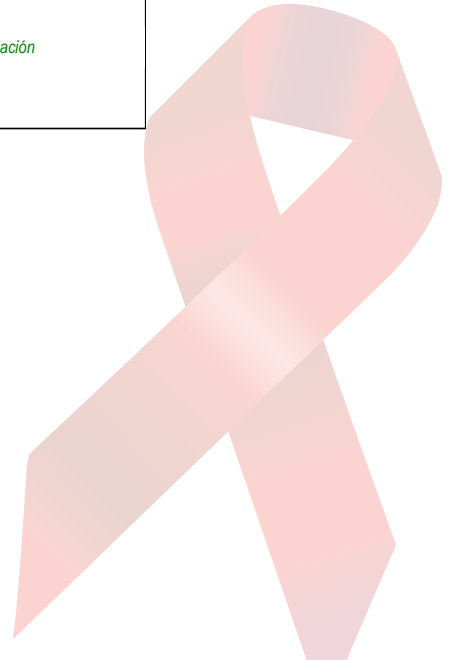
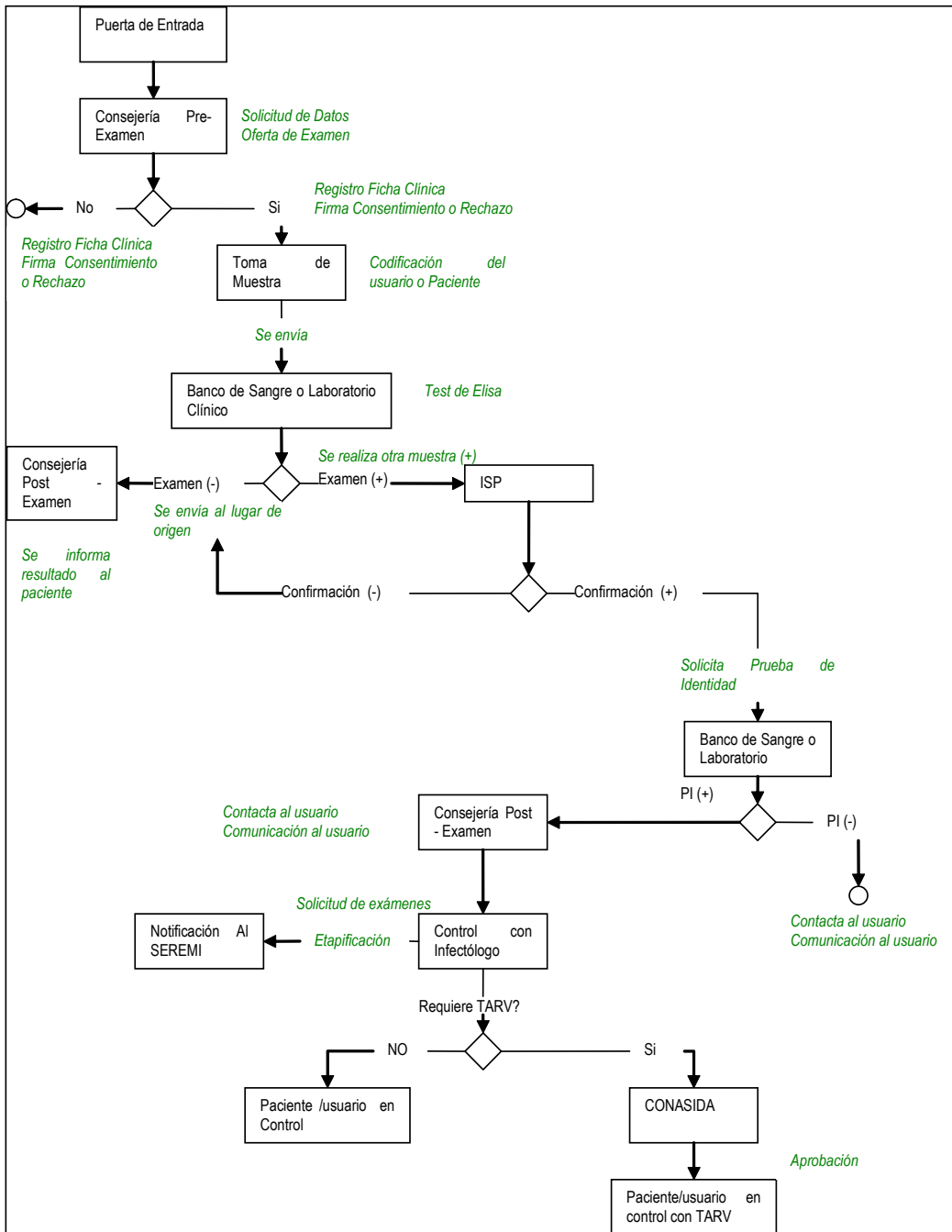
Es entonces, la unidad de toma de muestra "de origen" la que puede efectivamente triangular tres aspectos; en primer lugar los datos de la persona para ubicarlo (es decir citarlo para la toma de contramuestra o prueba de identidad), en segundo lugar obtener la contramuestra propiamente tal y en tercer lugar o finalmente realizar el diagnóstico de seropositivo a VIH (+) confirmado para la persona.

La entrega de este resultado final requiere, por las disposiciones legales vigentes, la presencia del afectado, la entrega verbal y escrita de los resultados junto con la consejería post test y a la vez la derivación a la atención médica pertinente.

Una vez realizada la etapificación del paciente, el médico tratante debe enviar la ficha de notificación obligatoria a la Autoridad Sanitaria Regional para ser ingresada al Sistema de Vigilancia Epidemiológica ( circular B 51/ 18 del 21/03/2007)

La legislación impide la búsqueda activa ampliada del individuo mas allá de lo acordado con la persona previamente, es decir, se puede basar solo en los datos que entrega voluntariamente la persona al momento de la toma de muestra o la contramuestra de identidad , lo cual fue definido para proteger la confidencialidad del diagnóstico. Si una persona no retira su primer examen, o no asiste a la toma de la contramuestra, o no acude a ser informado de los resultados o da datos inexactos para su ubicación, el proceso de notificación no se puede realizar, esto es algo que se ha presentado con cierta frecuencia de un 3,7 %

La legislación chilena diferencia de lo que ha ido ocurriendo en otros países y no considera responsabilidades penales por la eventual transmisión del VIH.



## **IV. - Acceso a Tratamiento Antiretroviral (TARV):**

Chile está en una situación privilegiada en comparación a muchos países de la región en el acceso a tratamientos antiretrovirales, con una cobertura que llega al 100% en adultos, niños y embarazadas VIH (+) beneficiarios del Sistema Público de Salud que lo requieren. Esto ha sido posible por la incorporación del acceso a tratamiento antiretroviral en el GES garantizando cobertura, oportunidad y protección financiera. El año 2005 (decreto 170) se incorporó al GES el tratamiento antirretroviral de las personas con VIH/SIDA; el año 2006 (decreto 228) se agregó el tratamiento en la prevención vertical en embarazadas. En el GES desde el 1 de Julio del 2005 al 1 de julio del 2008 han tenido acceso a tratamiento anti rretroviral 10.841 personas; 9.494 del sector público y 1.347 del sector privado

El logro de la cobertura del 100% de terapia ARV, a quienes lo requieren, ha permitido cambiar el rumbo de la historia natural de la infección; se ha logrado disminuir la letalidad causada por SIDA en un 67% en 20 años de evolución de la epidemia, lo que unido al aumento en la sobrevida de personas en tratamiento y a la disminución en la incidencia de enfermedades oportunistas, impacta fuertemente en la disminución en hospitalizaciones, con el consiguiente ahorro de gastos y la integración y permanencia de las personas en el trabajo, expresado a través de la disminución de las licencias médicas y el aumento de las personas ocupadas.

En términos de prevención de la transmisión vertical, se ha alcanzado la meta definida en los Objetivos Sanitarios (bajo 5%), resultado facilitado por la alta cobertura de acceso al control prenatal, la adecuada oportunidad de ingreso al protocolo farmacológico de prevención y la alta proporción de partos atendidos institucionalmente en Chile.

Cabe destacar que el país cuenta con un suministro seguro de sangre y sus derivados gracias al tamizaje permanente de las muestras de sangre y hemoderivados. Cualquier persona puede realizarse el examen diagnóstico en alguno de los centros gratuitos del sistema público. El examen diagnóstico se le ofrece a todas las embarazadas del país y se le otorga tratamiento a las infectadas con lo que se ha reducido el riesgo de infección a su descendencia durante el embarazo y parto a un mínimo nivel.

## **V.- Revisión del procedimiento para la detección, confirmación y acceso a tratamiento de pacientes a nivel nacional en el quinquenio 2004-2008**

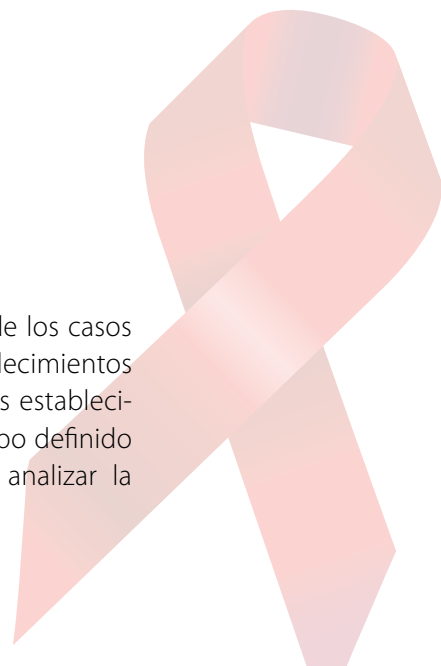
Se describe a continuación la evaluación que se realizó del proceso de atención e información a pacientes sero positivos a nivel nacional. Esta evaluación contempló tanto al sector privado como público. Gran parte de la información del sector público ha sido analizada, excepto parte de la información cualitativa enviada por los Servicios que tiene que ver con los procesos, dado lo breve de los plazos. En relación al sector privado, se ha obtenido información parcial.

Se revisaron los procesos que se siguen desde que el paciente es confirmado por el ISP hasta que se notifica, ingresa al programa y /o fallece. Para esto se elaboró un listado con todos los casos confirmados por el ISP de VIH/SIDA entre 2004 y el 20 de Agosto del 2008 correspondientes a cada Servicio del país. En base a este listado de casos VIH(+) confirmados se solicitó a cada uno de los Servicios de Salud y Seremi recabar la siguiente información respecto a ellos:

- Fecha de recepción del examen para confirmación en el ISP
- Tipo de establecimiento de origen del examen (Laboratorio o Banco de Sangre)
- Nombre del establecimiento de origen del examen
- Fecha de recepción de confirmación desde el ISP
- Fecha de solicitud de Prueba de identidad
- Fecha de Recepción de Prueba de Identidad
- Fecha de entrega de resultados al paciente
- Establecimiento y fecha de derivación del paciente
- Estado Actual del paciente

### **Observaciones**

Cada Servicio de Salud completó la información señalada para cada uno de los casos confirmados por el ISP entre el 2004 y el 2008 correspondientes a los establecimientos de su jurisdicción. Cada Seremi de Salud recabó esta información para los establecimientos del sector privado de la región. La información fue enviada al equipo definido para estos fines en el Ministerio de Salud quienes procedieron a compilar y analizar la información a nivel nacional, por región y Servicio de Salud.



Para cada caso confirmado se revisó el proceso completo, es decir, desde la información registrada sobre la fecha de recepción del examen confirmatorio hasta el estado actual del paciente. Además, se solicitó a cada servicio de salud un informe cualitativo con la descripción de sus procesos internos en relación a las puertas de entrada de los pacientes y exámenes de estudio y confirmación en relación Sida/VIH identificándose los puntos críticos y las medidas de solución tomadas a la fecha para optimizar el funcionamiento de este.

## VI.- Limitaciones y dificultades

Uno de los problemas encontrados fue la falta de un sistema único de información, lo que implica que para seguir un caso se deba verificar información desde múltiples fuentes: fichas de consultorio, de centros de atención, de hospitales, de banco de sangre, de laboratorio central. Lo que implicó un proceso complejo y laborioso de exclusión, chequeo y contra chequeo. A esto se agrega la dificultad adicional de que toda la información de casos está codificada para mantener la confidencialidad de los datos. Se suma a lo anterior que existe un porcentaje de migración de pacientes entre los distintos establecimientos en relación al control y tratamiento que se da principalmente en la RM, en donde se concentraron el mayor número de casos.



## VII.- Resultados

### 1. Definición de grupos de pacientes

De acuerdo a la recolección de información se identificó cuatro grupos de personas, de acuerdo al nivel de certeza de la entrega de información o conocimiento por parte de los pacientes del resultado confirmatorio VIH (+) desde el ISP.

Primer Grupo de pacientes: Pacientes en los cuales está acreditada la recepción del resultado del examen confirmatorio del ISP y con prueba de identidad realizada.

Paciente en control o recibiendo terapia antirretroviral activo o inactivo, para el cual se considera en conocimiento del resultado del examen.

Paciente informado de su diagnóstico sin otra información disponible (para ello se consideró: registro de fecha de entrega de resultado o derivado a control y no asistió, o notificación a través del sistema de vigilancia epidemiológica)

Paciente trasladado a otro Servicio de Salud u Hospital: pacientes en los que se consigna que fue trasladado y que tiene información sobre el conocimiento de su diagnóstico.

Paciente a los cuales se les tomó la prueba de identidad, dado que esto implica una citación al paciente, la asistencia a ésta y la toma de muestra asociada a la entrega de información del resultado confirmatorio del ISP.

Segundo grupo de pacientes: Pacientes en los cuales esta acreditada la búsqueda activa de ellos a través de citaciones telefónicas o visitas domiciliarias o cartas certificadas para la toma de la prueba de identidad, pero que no han accedido a los resultados de su examen.

Tercer grupo de pacientes: Paciente en los que NO esta acreditada la búsqueda activa de ellos a través de citaciones telefónicas o visitas domiciliarias o cartas certificadas, por ende no se puede acreditar que tienen conocimiento del resultados del examen confirmatorio del ISP

Cuarto grupo de pacientes: Pacientes fallecidos.

### 2. Situación nacional de notificación a pacientes

El total de casos de VIH (+) confirmados por el ISP para el quinquenio suman 9.901 de los cuales se originaron desde el sector público un total de 6.636 y de 3.265 en el Sector Privado. Se concentra el mayor numero de casos en la RM con un 48,9 % (3.246 personas)

Del total de personas con VIH (+) confirmadas por el ISP, cuyo origen del examen fue el sector publico, se encontró que un 81,5 % (5.407 personas) corresponde a personas del primer grupo de pacientes, es decir, en los cuales está acreditada la recepción por parte del paciente del resultado del examen confirmatorio del ISP y con prueba de identidad

realizada. Estos corresponden a pacientes en control y/o, tratamiento y con prueba de identidad tomada.

Del total de personas provenientes del sector público del segundo grupo corresponden a un 3,7 % del total de casos confirmados ( 244 personas), en los cuales está acreditada la búsqueda activa de ellos por parte del Servicio de Salud a través de citaciones telefónicas, visitas domiciliarias y/o cartas certificadas pero no se puede acreditar que tienen conocimiento del resultados del examen confirmatorio de VIH(+). Corresponde a un grupo de pacientes a la fecha no ubicables a pesar de las reiteradas acciones realizadas por los Servicios de salud en el marco de sus atribuciones actuales.

El tercer grupo de pacientes, corresponde a un 4,0% del total de casos confirmados (268 personas), en los que no se puede acreditar que tienen conocimiento del resultados del examen confirmatorio del ISP ni está acreditada la búsqueda activa de ellos a través de citaciones telefónicas o visitas domiciliarias o cartas certificadas. Cabe destacar que el 70,5 % de los casos no informados se concentran en tres Servicios de salud del país. Existiendo más del 32,1 % de los Servicios de Salud que no presentan casos sin entrega de información al paciente y un 35,7 % presenta menos de 5 casos no informados. En la tabla al final del resumen ejecutivo se describe situación por Región y Servicios de Salud.

Finalmente existen 717 pacientes fallecidos, correspondientes al 10,8 % del total de casos confirmados en el quinquenio.

El total de casos confirmados por el ISP para el quinquenio proveniente del sector privado en regiones fue de 1.364 casos. Se ha iniciado un proceso de revisión bajo la misma modalidad que el sector público, no pudiéndose aun entregar cifras definitivas con respecto al nivel de entrega de información a las personas.

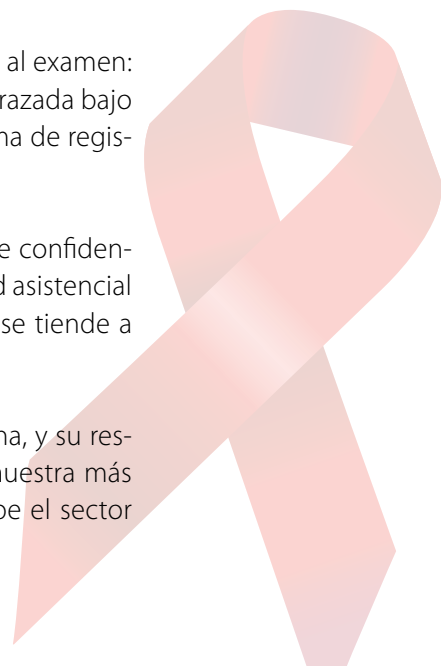
### **3. Puntos críticos encontrados en el proceso de evaluación**

#### **3.1.- Modelo de Atención**

No establece procesos diferenciados para los diferentes grupos que acceden al examen: consulta espontánea, control de grupo vulnerable, donante de sangre, embarazada bajo control y paciente hospitalizado; que definan roles, responsabilidades, sistema de registro y seguimiento para cada uno de ellos.

Debido a la manera en que está estructurado el programa y los requisitos de confidencialidad que existen, el recurso humano que debiera proporcionar la actividad asistencial es el mismo que tiene encomendada la función de control y seguimiento, se tiende a privilegiar la actividad asistencial.

La muestra para examen se desvincula del proceso de atención de la persona, y su responsable, por lo que la consejería y el resultado del examen se ligan a la muestra más que al proceso de atención. Un ejemplo de ello son las muestras que recibe el sector



público por parte del sector privado, donde el que tomó el examen se desentiende del proceso de información.

La consejería se puede transformar en una barrera si se desvincula del responsable del proceso de atención, las personas podrían negarse a asistir al consejero cuando no existe una relación anterior entre la consulta (médico tratante) y la consejería.

La confidencialidad es una barrera para la continuidad de atención del paciente en los distintos niveles de la red y para el resto de las patologías.

Confidencialidad y conductas individuales: el reglamento de la ley de VIH dificulta algunos procesos relacionados con la responsabilidad individual:

Frente a la detección de conductas de riesgo y/o grupos vulnerables, a pesar de existir cobertura para la toma del examen, la decisión de efectuarlo es individual.

El reglamento no especifica conductas frente a casos excepcionales de entrega de información claramente estipulados (personas inubicables, usuarios que no estén en condiciones de salud para recibir la información, domicilios falsos, etc.)

En cuanto a la responsabilidad individual: escasa concurrencia para buscar resultado de exámenes, inasistencia a controles y no cumplimiento de indicaciones dadas por los profesionales.

Temor de pérdida de confidencialidad en lugares pequeños.

### **Sistemas de información:**

No se cuenta con un sistema de registro estandarizado e integrado.

No existe un sistema de control y seguimiento periódico del programa. Los sistemas de control son reactivos.

Pacientes entregan información falsa sobre su identificación y localización toda vez que no es posible verificarlo por otra vía.

La ficha clínica exclusiva para VIH, que no es anexada a la ficha clínica única.

## **3.4.- Coordinación del Programa**

No se cuenta con un sistema de registro estandarizado e integrado.

No existe un sistema de control y seguimiento periódico del programa. Los sistemas de control son reactivos.

Personas atendidas en otros Servicios de Salud en búsqueda de mayor confidencialidad, pueden ser rescatadas a través de retroalimentación con base de datos única nacional.

## VIII.- Conclusiones

Del total de personas con VIH (+) confirmadas por el ISP cuyo origen del examen fue el sector público se encontró que un 81,5 % (5.407 personas) corresponde al primer grupo de pacientes, es decir aquellas personas en los cuales está acreditada la recepción del resultado del examen confirmatorio del ISP y con prueba de identidad realizada. Estos corresponden a pacientes en tratamiento y/o notificados y/o con prueba de identidad tomada.

En el segundo grupo de pacientes, se encontró un 3,7 %, (244 personas) en las que no se puede acreditar que tienen conocimiento del resultado del examen confirmatorio del ISP pero en los cuales está acreditada la búsqueda activa de ellos por parte del Servicio de Salud a través de citaciones telefónicas, visitas domiciliarias y/o cartas certificadas.

En el tercer grupo de pacientes, se encontró un 4,0 % (268 personas) en los que no se puede acreditar que tienen conocimiento del resultado del examen confirmatorio del ISP ni está acreditada la búsqueda activa de ellos a través de citaciones telefónicas o visitas domiciliarias o cartas certificadas.

El sistema de información existente se implementó en un momento de ausencia de tratamiento efectivo contra VIH basado en los principios rectores de confidencialidad y voluntariedad, cautelando la no estigmatización de los pacientes. Esto se ve traducido en la ley 19.779 que define las facultades de los Servicios de Salud en relación al tema, lo cual, llevó a la atomización de la información y a la dificultad del seguimiento de las personas seropositivas a través de su proceso; incluso esta fragmentación se da al interior de un mismo establecimiento.

Se constata que en cada servicio de salud existen modelos y flujos de información variables lo que dificulta la recolección y uniformidad de la información, dada las limitaciones legales existentes.

Por lo anterior, con la información actual no es posible aseverar que las personas identificadas en el segundo y tercer grupo no han sido informadas, sino que no existen registros que acrediten dicha situación.



## IX.- Acciones inmediatas

Se revisará el marco legal vigente que permita equilibrar los objetivos de salud pública y protección de las personas con los principios de confidencialidad y responsabilidad individual.

Se revisarán todos los protocolos de información al paciente, los mecanismos de búsqueda activa amplia y el seguimiento de la atención de pacientes sospechosos de VIH SIDA, tanto para el sector público como privado. Así se pretende balancear los objetivos de salud pública con los principios de confidencialidad y voluntariedad de modo tal de asegurar que existan los mecanismos que garanticen:

- que todos los pacientes sean informados
- que todos tengan acceso oportuno al tratamiento, pues hoy el Sida es tratable.

Se creará un sistema de registro único que permita uniformar la información a nivel nacional, esto significará tener los datos de seguimiento del paciente en tiempo real, codificados de tal manera que pueda salvaguardar la necesaria confidencialidad

Se reestructurará y fortalecerá CONASIDA a través de:

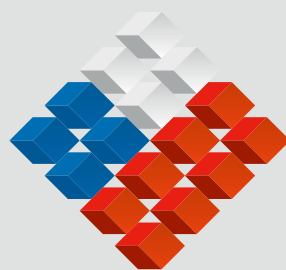
- El nombramiento del Dr. Aníbal Hurtado Pinochet como nuevo encargado.
- La incorporación de profesionales con nuevas competencias técnicas para reestructurar el programa de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH SIDA en conjunto con los equipos de la Subsecretaría de Redes, los Servicios de Salud, Academia y Sector Privado.

Se creará una Comisión Asesora al Ministro de Salud, para las Políticas de Control y Atención del VIH/SIDA con expertos internacionales y nacionales. Los objetivos centrales de esta Comisión será asesorar a la autoridad de salud en:

- Optimización del Programa Nacional de Control del VIH/SIDA.
- Discusión de la Ley 19.779 sobre SIDA y su eventual modificación.
- Diseñar un programa de capacitación continua en el control del VIH/SIDA, para la Red Asistencial público - privada.

**Tabla 1: Resumen de situación por Región y Servicios de Salud**

| Región                          | Servicios de Salud      | Total<br>Confirma-<br>dos (+) ISP | I Grupo | II Grupo | III Grupo  | IV grupo<br>(fallecidos) |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|---------|----------|------------|--------------------------|
| <b>Arica</b>                    | Arica                   | <b>195</b>                        | 155     | 12       | 0          | 28                       |
| <b>Tarapacá</b>                 | Iquique                 | <b>205</b>                        | 152     | 8        | 1          | 44                       |
| <b>Antofagasta</b>              | Antofagasta             | <b>254</b>                        | 210     | 1        | 3          | 40                       |
| <b>Atacama</b>                  | Atacama                 | <b>79</b>                         | 63      | 1        | 7          | 8                        |
| <b>Coquimbo</b>                 | Coquimbo                | <b>278</b>                        | 235     | 6        | 7          | 30                       |
| <b>Valparaíso</b>               | Aconcagua               | <b>151</b>                        | 122     | 0        | 0          | 29                       |
|                                 | Valparaíso- San Antonio | <b>363</b>                        | 274     | 33       | 0          | 56                       |
|                                 | Viña del Mar- Quillota  | <b>365</b>                        | 298     | 8        | 10         | 49                       |
| <b>Ohiggins</b>                 | Ohiggins                | <b>166</b>                        | 127     | 3        | 5          | 31                       |
| <b>Maule</b>                    | Maule                   | <b>309</b>                        | 247     | 10       | 8          | 44                       |
| <b>Bío-Bío</b>                  | Ñuble                   | <b>80</b>                         | 62      | 0        | 2          | 16                       |
|                                 | Bío-Bío                 | <b>23</b>                         | 19      | 0        | 0          | 4                        |
|                                 | Arauco                  | <b>1</b>                          | 0       | 0        | 0          | 1                        |
|                                 | Concepción              | <b>273</b>                        | 244     | 0        | 0          | 29                       |
|                                 | Talcahuano              | <b>92</b>                         | 73      | 4        | 1          | 14                       |
| <b>Araucanía</b>                | Araucanía Norte         | <b>26</b>                         | 26      | 0        | 0          | 0                        |
|                                 | Araucanía Sur           | <b>122</b>                        | 102     | 2        | 2          | 16                       |
| <b>De los Ríos</b>              | Valdivia                | <b>95</b>                         | 81      | 5        | 3          | 6                        |
| <b>De los Lagos</b>             | Osorno                  | <b>145</b>                        | 123     | 2        | 2          | 18                       |
|                                 | Reloncaví - Chiloé      | <b>128</b>                        | 94      | 0        | 28         | 6                        |
| <b>Aysén</b>                    | Aysén                   | <b>19</b>                         | 17      | 0        | 0          | 2                        |
| <b>Magallanes</b>               | Magallanes              | <b>28</b>                         | 27      | 0        | 0          | 1                        |
| <b>Región<br/>Metropolitana</b> | Metrop. Norte           | <b>470</b>                        | 324     | 5        | 91         | 50                       |
|                                 | Metrop. Occidente       | <b>660</b>                        | 581     | 26       | 4          | 49                       |
|                                 | Metrop. Sur Oriente     | <b>392</b>                        | 318     | 31       | 14         | 29                       |
|                                 | Metrop. Central         | <b>638</b>                        | 514     | 37       | 70         | 17                       |
|                                 | Metrop. Oriente         | <b>508</b>                        | 421     | 32       | 7          | 48                       |
|                                 | Metrop. Sur             | <b>571</b>                        | 498     | 18       | 3          | 52                       |
| <b>Totales</b>                  |                         | 6,636                             | 5,407   | 244      | <b>268</b> | 717                      |
| Porcentaje                      |                         | 100%                              | 81.5    | 3.7      | 4.0        | 10.8                     |



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD