



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE A CAMPAÑAS
DE VIH EXTRA-MURO PARA LA DETECCIÓN DE VIH EN EVENTOS
POPULARES Y VÍA PÚBLICA.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
TECNOLOGÍA MÉDICA**

**AUTORES: CLAUDIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ / GUSTAVO
HERNÁNDEZ RETAMAL
PROFESORA GUÍA: TM. MgCs. NATALIA VELIZ OLIVOS**

**TALCA-CHILE
AÑO 2021**

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2022

1. ÍNDICE DE CONTENIDOS

3. RESUMEN	7
4. INTRODUCCIÓN	8
5. MARCO TEÓRICO	10
5.1 GENERALIDADES VIH	10
5.1.1 Estructura del VIH	10
5.1.2 Ciclo de replicación del VIH	11
5.1.3 Historia natural de la infección por VIH	13
5.1.4 Vías de transmisión del VIH	15
5.1.5 Tratamiento del VIH/SIDA	18
5.1.6 Testeo o diagnóstico del VIH	20
5.1.7 Toma de Test visual/ rápido en intra-muro	22
5.1.8 Prevención del VIH	24
5.2 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL DEL VIH	27
5.2.1 Estadísticas mundiales sobre el VIH	28
5.2.2 Personas que viven con el VIH	28
5.2.3 Personas que viven con el VIH con acceso a la terapia antirretroviral	29
5.2.4 Nuevas infecciones por el VIH	30
5.2.5 Muertes relacionadas con el VIH/SIDA	30
5.2.6 Mujeres que contraen VIH/SIDA	31
5.2.7 Grupos de población clave de las nuevas infecciones por VIH	31
5.3 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL DEL VIH	32
5.4 POLÍTICAS PÚBLICAS Y ESTRATEGIAS EN VIH/SIDA	34
5.4.1 Compromisos internacionales del VIH/SIDA	34

5.4.2 ONUSIDA.....	36
5.4.3 Compromiso nacional sobre el VIH/SIDA	38
5.5 PLAN NACIONAL DE VIH/SIDA	39
6. OBJETIVOS.....	41
6.1 Pregunta de investigación	41
6.2 Objetivo general	41
6.3 Objetivos específicos.....	41
7. MATERIALES Y MÉTODOS	42
7.1 Muestra.....	42
7.2 Materiales	42
7.3 Tipo de estudio	42
7.4 Diseño de la investigación	42
7.5 Variables.....	43
7.6 Métodos.....	44
8. RESULTADOS.....	46
Tabla N°2: Caracterización Sociodemográfica	46
Gráfico N°1: Porcentaje de sexo del total de participantes.	48
Tabla N°3: Frecuencia absoluta de sexo del total de participantes.	48
Gráfico N°2: Porcentaje de rangos de edad según el total de participantes.	49
Gráfico N°3: Frecuencia absoluta por rango de edad según el total de participantes.	49
Gráfico N°4: Frecuencia absoluta de la nacionalidad del total de participantes.	50
Gráfico N°5: Sistema previsional del total de participantes en porcentaje.	51
Tabla N°4: Frecuencia absoluta del sistema de previsión del total de participantes	51

Gráfico N°6: Porcentaje de pertenencia a pueblos originarios del total de participantes.	52
Tabla N°5: Frecuencia absoluta de pertenencia a pueblos originarios del total de participantes.	52
Gráfico N°7: Porcentaje de personas TRANS del total de participantes.	53
Tabla N°6: Frecuencia absoluta de personas TRANS del total de participantes.	53
Gráfico N°8: Frecuencia absoluta de reactividad del total de participantes	54
Gráfico N°9: Relación entre el sexo y el rango de edad del total de participantes.	54
Gráfico N°10: Relación entre el sexo y la previsión social del total de participantes.	55
9. DISCUSIÓN	57
10. CONCLUSIÓN	61
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

2. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1: Distribución geográfica del VIH	11
Figura 2: Ciclo de replicación del VIH	12
Tabla N°1: Tabla comparativa entre VIH y SIDA	14

3. RESUMEN

Introducción: El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) son enfermedades que tienen en alerta al mundo. El VIH corresponde al agente causal de la enfermedad conocida como SIDA, mientras que el SIDA es una enfermedad infecciosa que se expresa como una de las últimas etapas de la infección. Estas enfermedades son consideradas un gran problema de Salud Pública mundial.

Objetivo: “Caracterizar a la población que asiste a campañas de VIH extra-muro para la detección de VIH en eventos populares y vía pública”.

Metodología: Es un estudio de tipo experimental, transversal, descriptivo. Es un estudio en donde se buscó caracterizar a la población que se realizaba el test de VIH en campañas extra-muro. Se realizó mediante una base de datos proporcionada por la Fundación SIDA MAULE a través de planillas con datos no sensibles permitiendo resguardar la confidencialidad de los sujetos en estudios que se vieron involucrados en la investigación. Las variables fueron dependientes de las bases de datos que fueron otorgadas siempre considerando que una de las variables más determinantes tenía que ver con el sexo y la edad de los sujetos en estudio. El universo muestral fue de 3.252 personas.

Resultados: Se evidenció que, del total de participantes, un 58% correspondía a mujeres. El rango de edad con mayor participación en las diferentes campañas fue el de 21 a 25 años. La mayor cantidad de personas que asistieron a las campañas son de nacionalidad chilena y el 82% de los asistentes fueron cubiertos por FONASA.

Conclusión: Se puede concluir del estudio que cada vez existe más conciencia en realizarse el test rápido de VIH en la población chilena siendo el segmento adulto joven el más comprometido en asistir a las campañas de VIH extra-muro.

Palabras claves: VIH, SIDA, campañas, extra-muro, test rápido.

4. INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) son enfermedades que tienen en alerta al mundo entero, no respetan razas, sexo, edad, cultura y/o niveles socioeconómicos, siendo consideradas un gran problema de Salud Pública.

El Virus de Inmuno Deficiencia Humana, es un virus que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo de este sistema, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de protector contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (1). Los mecanismos de transmisión del VIH principalmente son: mediante relaciones sexuales con una persona infectada, a través de la propagación por intercambio de agujas infectada, ya sea para inyectarse algún tipo de drogas o por el contacto con la sangre de una persona infectada y de igual forma puede haber contagio vertical de la madre hacia el hijo durante el embarazo y/o parto.

Según las estadísticas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) que existían al año 2019 (2), a fines de dicho año había alrededor de 38 millones de personas infectadas por VIH a nivel mundial y 1,9 millones en Latinoamérica, siendo Chile el país líder en Latinoamérica en la tasa de incremento de nuevas infecciones con un 34% de aumento entre 2010 y 2018.

El Virus de Inmuno Deficiencia Humana llegó a nuestro país en los años ochenta. Desde entonces más de dieciséis mil chilenos han sido notificados como personas viviendo con el VIH o SIDA (3).

El VIH/SIDA en los últimos años se ha expandido de manera alarmante, traspasando las fronteras que inicialmente los asociaban a comportamientos específicos como la homosexualidad, la promiscuidad sexual y el consumo de drogas. En la actualidad la pandemia afecta en forma indiscriminada a diversos sectores de la sociedad, haciendo cada vez más difícil su control. Esto pese a que la mayoría de la población, poseen un nivel suficiente de conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA, a pesar de esto siguen realizando prácticas de riesgo para adquirir el virus; lo que refleja de manera clara que, aunque posean los conocimientos, estos no son traducidos a acciones y por lo tanto no son aplicados de manera preventiva y efectiva a su vida sexual.

La forma en que las sociedades afrontan las enfermedades y epidemias puede revelar tensiones sociales que existen en ellas. La epidemia de VIH/SIDA y en general las infecciones de transmisión sexual (ITS) no escapan a esta regla general, ya que con la emergencia de los primeros casos de VIH la enfermedad estuvo directamente ligada a la estigmatización. Entender esta problemática nos permite proponer una intervención en el ámbito de la Salud más adecuada (4).

La prevención de la expansión de la pandemia del VIH/SIDA a la población mundial se ha vuelto un papel fundamental en los tiempos actuales, en los cuales hemos visualizados los riesgos asociados a las pandemias. Es en este sentido las campañas de diagnóstico han tomado un rol fundamental a la hora de la prevención, ya que una de las etapas más importantes a la hora de controlar un virus es la detección de la población infectada y sus características, ya que estos datos son de vital importancia a la hora de desarrollar políticas que permitan dar alcance a la gravedad del problema y aumentan las posibilidades de alguna manera de controlar la enfermedad.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 GENERALIDADES VIH

5.1.1 Estructura del VIH

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, los cuales son RNA virus, llamados así por poseer una enzima denominada transcriptasa reversa que es básica para completar el ciclo vital de todos los miembros de esta familia al crear DNA del RNA viral, el cual se integra al genoma de la célula huésped desde donde, como se verá más adelante, se realiza la regulación del genoma viral para la producción de nuevos viriones. En esta familia existen dos subfamilias que contienen patógenos para el humano, los oncovirus y los lentivirus. Dentro de los oncovirus se encuentra el virus linfotrópico humano de células T tipo I y tipo II (HTLV-I y HTLV-II), el primero asociado a neoplasias malignas de células T y alteraciones neurológicas y el segundo sigue en duda aún de ser patógeno y asociado a leucemia de células peludas. Es importante considerar la cercanía desde el punto de vista genético de estos dos virus con el VIH, lo que nos debe hacer tener en cuenta la posible oncogenicidad de los retrovirus en el desarrollo de nuevos candidatos de vacunas para VIH (5).

La familia de los lentivirus incluye a dos VIH: el tipo 1 y el tipo 2, los cuales tienen de 40 a 60% de homología de secuencia de aminoácidos, pero que se distinguen claramente desde el punto de vista epidemiológico (6). El tipo 1 está diseminado en todo el mundo y es el responsable de la mayor parte de los casos de infección por VIH y el tipo 2 se encuentra restringido a África Oeste y países con lazos históricos y comerciales en esa región, aun cuando se han encontrado casos aislados en los EUA, principalmente en individuos con viajes a zonas de alta prevalencia. El VIH-2 es también causante de SIDA, sin embargo, en estudios seroepidemiológicos se ha documentado que tiene un periodo de incubación (entre la

adquisición del virus y el desarrollo de SIDA) más largo que el de VIH-1 y que oscila entre 15 y 20 años. A pesar de que VIH-2 es raro fuera de África es importante considerar su interacción con VIH-1. Se han documentado mujeres que trabajan en el comercio sexual en Senegal, que a pesar de estar expuestas a VIH-1 se infectan mucho menos frecuentemente que aquellas que no están infectadas. Esta protección cruzada, seguramente relacionada a la similitud antigénica entre ambos virus, es una posible herramienta para la creación de nuevos candidatos a vacunas (**Ver figura 1**) (5).

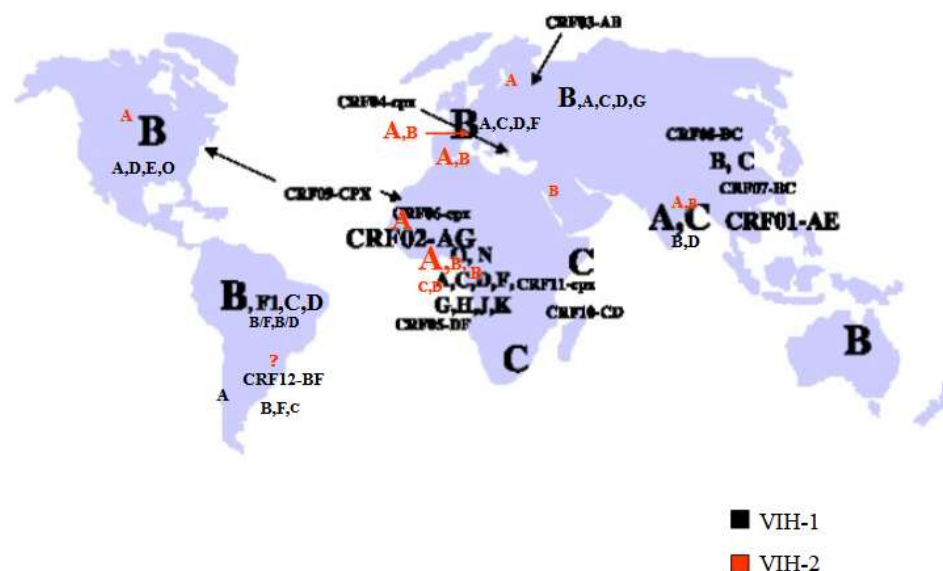


Figura 1: Distribución geográfica del VIH. La figura expresa la distribución geográfica del VIH teniendo en cuenta los tipos y subtipos que existen. Tomada de (Soto, L). 2004 (5).

5.1.2 Ciclo de replicación del VIH

La gp120 es una proteína glicosilada, cuyos carbohidratos constitutivos contribuyen significativamente al enlace con la molécula CD4 de los linfocitos T, los macrófagos y las

células dendríticas, como también a un correceptor (CCR5 o CXCR4) de la membrana celular. Luego, el virus se fusiona con la célula huésped y el virión VIH entra en la célula. En el interior celular, el virus se replica mediante la transcriptasa inversa para convertir el ARN en ADN. La copia completa de ADN se degrada en fragmentos funcionales más pequeños, que se integran en el ADN del huésped. La forma integrada del virus se denomina “provirus”. Si la célula se activa, la información del ADN se transfiere a una molécula de ARN –el ARN mensajero–, que contiene información genética viral y del huésped, el cual se transporta del núcleo hacia el citoplasma, donde la traducción de la información contenida en el ARN da origen a las proteínas del envoltorio y del núcleo del VIH; éstas últimas son procesadas y se unen con moléculas de ARN viral para formar una gran cantidad de nuevas partículas virales infecciosas que brotan de la célula. Al hacerlo, el virus incorpora en su membrana una serie de proteínas del huésped, como los antígenos de clase I y II del complejo mayor de histocompatibilidad (**Ver figura 2**) (7).

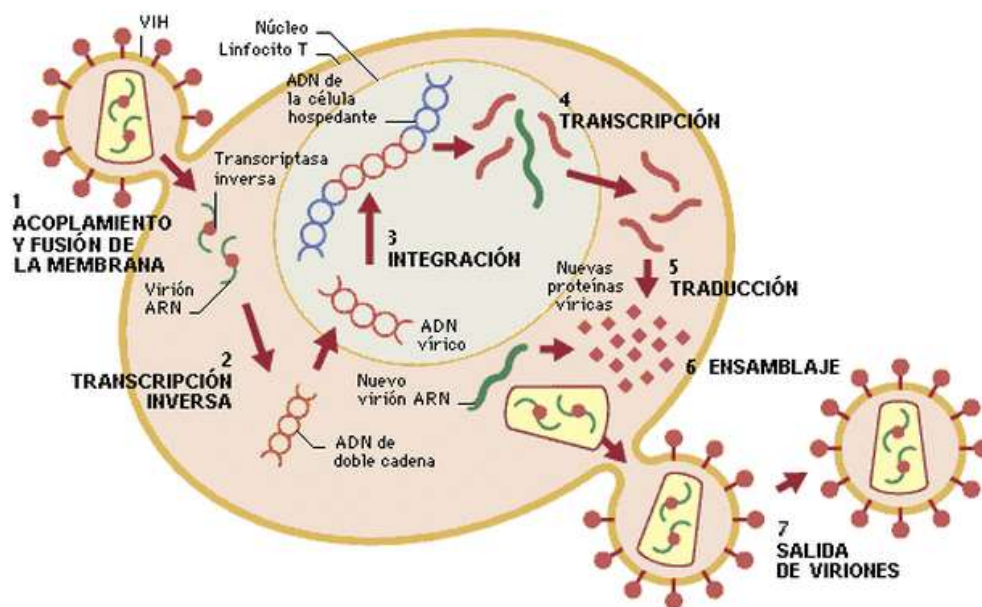


Figura 2: Ciclo de replicación del VIH.

La figura esquematiza los diferentes pasos que se requieren para llevar a cabo el ciclo de replicación del VIH. Tomado de (Calcsicova). 2010 (7).

5.1.3 Historia natural de la infección por VIH

El VIH es un virus predador y altamente evolucionado que elude los intentos de nuestro sistema inmune para defendernos. La evolución desde la adquisición del virus hasta el desarrollo de SIDA es muy variable para cada individuo e independiente de la vía de transmisión. La gran variabilidad en el curso de la infección por VIH-1 resulta de una compleja relación entre factores del huésped y del virus (8) que desemboca en diferentes formas y tiempos de progresión desde el momento de la infección al desarrollo de SIDA. El entendimiento de las causas de estas diferencias en progresión será de gran ayuda para establecer un manejo preventivo y terapéutico óptimo y para ello es necesario comprender diferentes aspectos del binomio implicado, es decir, tanto del huésped como del virus. La magnitud en que cada uno de estos dos protagonistas influye en el desarrollo de enfermedad y en la velocidad en que ésta ocurre es muy difícil de precisar y en la literatura existen como consecuencia aquellos que consideran que es prácticamente un evento regulado por el huésped (9) y otros que lo atribuyen directamente al virus.

Existen diferentes tipos de progresión determinados por el tiempo que ocurre desde la infección hasta el desarrollo de SIDA, denominado también periodo de latencia clínica. Los progresores típicos constituyen a 80-85% de las personas infectadas por VIH y desarrollan SIDA en una mediana de tiempo de 7 a 10 años mientras que los progresores rápidos (10-15%) lo hacen en tres años o menos y los lentos progresores (5-10%) en más de 10 años. En este grupo se incluyen también una serie de individuos denominados *No progresores a largo plazo* (NPLP), que son alrededor de 2% y que abarca individuos que no han desarrollado SIDA por más de 13 años y en algunos casos han permanecido asintomáticos hasta 23 años (10). La definición de estos dos grupos aún no es clara y se usa no sólo el tiempo mencionado, sino éste combinado con las cuentas de células CD4+ que generalmente se mantienen constantes ($=$ o $>$ $600/\text{mm}^3$) aunque en niveles por debajo de los normales y los niveles de carga viral, que generalmente son bajos ($<$ 10,000 copias/mL). Asimismo, el aislamiento viral en los NPLP es únicamente posible en 65% de los casos (11).

Estos individuos, al pasar del tiempo, van progresando por razones desconocidas, de tal manera que permanecen libres de progresión sólo 28% después de los 16 años.

Tabla N°1: Tabla comparativa entre VIH y SIDA.

Fuente: Elaboración propia. Hernández G. (2021).

VIH	SIDA
Corresponde a un virus que lleva por nombre Virus de la Inmunodeficiencia Humana y corresponde al agente causal de la enfermedad conocida como SIDA.	Enfermedad infecciosa la cual es causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Se expresa como una de las últimas etapas de la infección.
Una persona que se encuentra infectada con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana puede no tener expresada la enfermedad he incluso nunca llegar a expresarla.	Para llegar a expresar la enfermedad del SIDA necesariamente el individuo debe estar infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana.
Con el adecuado uso de medicamentos y un diagnóstico temprano es posible convivir de manera amena con el virus desarrollando una vida sin mayores contratiempos.	No existen en la actualidad tratamientos directos para el SIDA. La enfermedad se encarga de debilitar el sistema inmune pudiendo en algunos casos causar la muerte.
El Virus de la Inmunodeficiencia Humana no presenta síntomas.	El SIDA es la etapa sintomática de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana
EL virus es de transmisión directa y puede ser detectado en el individuo a partir de un periodo de ventana que se estima de 30 días para la detección de anticuerpos por un test rápido.	El SIDA es detectado mediante sus signos y síntomas los cuales pueden demorar de 5 a 10 años en aparecer.

En la presente tabla se procede a revisar de manera comparativa 2 conceptos que tienden a confundirse mucho en la actualidad, como lo es el VIH y el SIDA.

5.1.4 Vías de transmisión del VIH

El VIH no puede vivir por mucho tiempo fuera del cuerpo humano. Por consiguiente, no puede transmitirse durante las actividades cotidianas como saludar, abrazar o mediante un beso; ni tampoco se adquiere al usar un baño, una perilla de puerta, platos, vasos, alimentos o a través de los animales ni picaduras de insectos (12).

El VIH se ha aislado en diversos fluidos corporales además de en la sangre, aunque sólo se transmite a través de los fluidos en los que la concentración de virus es importante. Las vías de transmisión son las mismas desde el inicio de la epidemia: sangre o hemoderivados, fluidos serosanguinolentos, genitales, y vía materno-fetal. Desde el punto de vista descriptivo se pueden distinguir 2 mecanismos de contagio: (13)

- a. Horizontal: transfusiones de sangre y hemoderivados, trasplantes de órganos y tejidos; exposición parenteral, cutánea o mucosa accidental; transmisión sexual.
- b. Vertical: infección intrauterina, infección durante el parto o durante la lactancia.

Transmisión sexual

Homosexual: Es históricamente la más conocida, ya que la epidemia se detectó en los varones jóvenes homosexuales. La práctica sexual de más riesgo (mayor para el receptor) es la relación genital anal entre varones. La transmisión oral genital es menos frecuente que la anterior, aunque también está documentada. Los factores asociados son los contactos con

desconocidos, tener numerosas parejas, practicar irrigaciones anales previas al contacto sexual, las ulceraciones anales, la sífilis o las prácticas sexuales traumáticas (13).

En la homosexualidad femenina el riesgo de infección por VIH es muy bajo, aunque debe evitarse mantener relaciones sexuales durante la menstruación (13).

Heterosexual: De 35 millones de infectados en el mundo, las tres cuartas partes lo son por esta vía, que sigue aumentando. Aunque la transmisión es mayor en las fases aguda y final, en el primer estadio la viremia es muy elevada y no hay conciencia de infección, por lo que las personas afectadas difunden el virus con eficacia. La susceptibilidad de la pareja depende de diversos factores que incrementan las posibilidades de transmisión (13):

- Presencia de otras enfermedades de transmisión sexual (sífilis, chancro blando, herpes).
- Las infecciones por gonococos o clamidia incrementan hasta 300 veces el riesgo de transmisión y las relaciones durante la menstruación multiplican el riesgo de contagio.
- Las lesiones inflamadas en la mucosa receptora aumentan el riesgo de infección.
- Las relaciones anales.
- La circuncisión masculina disminuye la capacidad contagiosa en el varón.
- La relación genital vaginal tiene más riesgo para la mujer, ya que la mayor cantidad de retrovirus del varón se localiza en el líquido y las células seminales, mientras que en el caso de las mujeres se localiza en las secreciones cervicales.

Transmisión parenteral

- **Drogadicción intravenosa.** La transmisión se produce a través de microtransfusiones de sangre infectada cuando se utilizan jeringuillas contaminadas. El riesgo es máximo durante los 3 primeros años de iniciar el hábito. Son factores coadyuvantes la prostitución, la promiscuidad, la marginalidad, el número de inyecciones mensuales, etc. (13).
- **Transfusión de sangre y hemoderivados.** Este riesgo en la actualidad no se reporta, ya que la sangre donada se somete a toda clase de pruebas y tratamientos. Pero en los primeros años de la epidemia fueron muchos los hemofílicos infectados. En España, el riesgo de esta vía de infección desapareció en 1.985 al hacerse obligatorio el tratamiento térmico de todos los hemoderivados para inactivar el VIH (13).

En cuanto a las transfusiones de sangre, el riesgo aumenta en los países menos desarrollados principalmente en el continente africano, donde prevalecen los donantes infectados no altruistas en lugar de altruista y no se practican estudios serológicos (13).

En los trasplantes de órganos (corazón, córnea, riñón, etc.) y en casos de donaciones de semen se ha registrado algún caso la aparición del VIH, aunque la infección es posible si el donante se encuentra en la fase alta de viremia de la enfermedad (13).

La transmisión parenteral se puede producir por exposición accidental, como es el caso del personal sanitario que está en contacto con enfermos y puede infectarse como consecuencia de un corte o pinchazo con una jeringuilla, dependiendo de la cantidad del inóculo, la concentración del virus, la profundidad del pinchazo, etc. Sin embargo, la mayoría del personal sanitario infectado en España se ha contagiado por el mecanismo común a la población no sanitaria (13).

Los pinchazos accidentales con agujas y jeringuillas abandonadas en parques, playas, etc. producen alarma social, pero, aunque teóricamente es posible que se produzca la infección, se han documentado pocos casos (13).

Transmisión vertical o materno fetal

El incremento del número de mujeres que tienen VIH ha convertido la transmisión perinatal en un problema grave, ya que el 14-39% de las madres el parto, la ausencia en la gestante de anticuerpos transmite la infección a sus hijos. Entre los factores neutralizantes y las coinfecciones virales, como el que se deben tener en cuenta se encuentra el valor de VHB y VHC, así como otras enfermedades de transviremia plasmática de la madre durante el embarazo y misión sexual (13).

5.1.5 Tratamiento del VIH/SIDA

La llegada de la terapia antirretroviral (ARV) y la combinación de diferentes pautas de estos, han mejorado la calidad de vida y la sobrevida de cada una de las personas que viven con VIH, permitiendo considerar al VIH/SIDA como una enfermedad crónica.

El uso combinado de diferentes fármacos antirretrovirales (ARV) ha permitido controlar la replicación viral, disminuir la activación inmune y preservar y/o restaurar el sistema inmune en gran parte de los pacientes, aproximando la esperanza de vida cada vez más a la de la población general. No obstante, y debido a la imposibilidad actual de erradicar los reservorios del virus, es necesario mantener el tratamiento antirretroviral de por vida. Por otro lado, la complejidad de algunos esquemas y sus efectos adversos dificultan la

adherencia, aumentando el riesgo de desarrollo de resistencias a fármacos en aquellos pacientes donde la adherencia es un problema (14).

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, se comprometieron a implementar acciones para cumplir con la meta 90-90-90 al año 2020 que consiste en aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico, a incrementar al 90% aquellas bajo tratamiento antirretroviral, y a que el 90% bajo tratamiento tenga carga viral suprimida (indetectable) (14).

En la actualidad existen disponibles 6 familias o clases que pueden ser agrupadas de acuerdo con su mecanismo de acción:

- 1) Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (INTR) (abacavir, didanosina, emtricitabina, lamivudina, zidovudina y tenofovir)
- 2) Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (INNTR) (efavirenz, nevirapina, etravirina y rilpivirina)
- 3) Inhibidores de la proteasa (IP) (atazanavir, darunavir, fosamprenavir, lopinavir, ritonavir, saquinavir)
- 4) Inhibidores de la entrada (enfuvirtide o T-20)
- 5) Antagonista de correceptores CCR5 (maraviroc)
- 6) Inhibidores de la integrasa (INSTI) (raltegravir, elvitegravir, dolutegravir).

Todos ellos se encuentran indicados en el tratamiento de la infección por el VIH-1, en combinación con otros ARV. La mayoría de ellos han demostrado ser también activos frente al VIH-2 (excepto los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos, enfuvirtide y maraviroc) y algunos son activos frente al virus de la hepatitis B (lamivudina, emtricitabina y tenofovir). Habitualmente se emplean combinaciones de tres fármacos activos, de acuerdo con las características individuales de cada paciente, del escenario clínico (naive, rescate, simplificación) y de la posibilidad de resistencia frente a algunos fármacos (14).

En Chile, los Tratamientos Antirretrovirales (TARV) para el VIH constituyen una garantía GES-AUGE, que asegura el acceso a TARV para personas de cualquier edad que lo requieran de acuerdo con el Protocolo Nacional. Así como 100% de acceso a protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical para embarazadas que viven con VIH y sus hijos (12).

5.1.6 Testeo o diagnóstico del VIH

El diagnóstico tardío del VIH es uno de los principales problemas para controlar la epidemia del VIH y la evolución de las personas con VIH (15). El retraso en el diagnóstico facilita los nuevos casos de transmisión, se asocia con menor probabilidad de supervivencia debido a la baja eficacia de la terapia antirretroviral en etapas avanzadas, además de enfermedades oportunistas (16). Teniendo en cuenta lo anterior, es que se vuelve necesario identificar las poblaciones que asisten a las campañas de detección de VIH en diferentes lugares.

Es importante también tener en cuenta cuales son los impedimentos que la población presenta frente al asistir a campañas de detección de VIH. Entre las principales barreras destacan la falta de conocimiento sobre centros que realicen los test, la baja percepción de vulnerabilidad hacia el VIH, el miedo a estar infectado y la falta de disponibilidad de la prueba del VIH (17). Uno de los impedimentos más comunes a la hora de someterse a pruebas de detección de VIH tiene que ver con la confidencialidad. El identificar estos impedimentos sirven para dimensionar cuales son las poblaciones que se encuentran en mayor desventaja a la hora de hablar de proyectos de detección de VIH.

El retraso diagnóstico es mayor en heterosexuales, usuarios de drogas inyectadas, mayores de 50 años e inmigrantes, mientras que los hombres que tienen sexo con hombres son el único grupo donde aumentan los nuevos diagnósticos. Se estima que hasta el 34% de

las personas con VIH presentan carga viral detectable, principalmente debido a barreras que dificultan su diagnóstico, como el insuficiente acceso a la prueba y la baja percepción del riesgo tanto por personas que desconocen estar infectadas como por los profesionales (18).

Un aspecto fundamental para el enfrentamiento de la infección por VIH y el desarrollo de estrategias de atención y prevención, eficaces y eficientes, se refiere al conocimiento del comportamiento de la epidemia y a la generación de información específica de la infección a través del tiempo. En este contexto, se han desplegado diversos esfuerzos destinados a la vigilancia de la infección por VIH y las infecciones de transmisión sexual (19).

El testeo de VIH/SIDA surge como un espacio para la prevención del VIH/SIDA y la promoción de la salud. Como así también, para estimular la demanda espontánea del diagnóstico promoviendo el testeo voluntario con asesoramiento y estimular la oferta activa en el marco de la consulta médica.

El mismo se da en el marco de un modelo de atención en salud que busca facilitar, diagnosticar tempranamente. Creemos también la necesidad de concebir a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones acerca del cuidado de su cuerpo. En este sentido, ese modo de hacer responde, explícita o implícitamente, a una concepción de sujeto, a un modo de entender el proceso de salud, su cuidado, y a la forma en que se construyen los saberes y las prácticas (20).

En cuanto a los estudios realizados en la población a la que está destinando los programas de testeo rápido indicó que las principales barreras para las pruebas entre los adultos jóvenes incluyen el tiempo y el escaso conocimiento del proceso de prueba. El 47% de los encuestados se había hecho la prueba del VIH al menos una vez, el 59% había realizado pruebas rápidas. Las pruebas más rápidas se realizaron fuera del sistema de salud pública (21).

Las infecciones de transmisión sexual son una de las principales causas de morbilidad en las personas sexualmente activas. La estigmatización que sufren aún hoy las personas que viven con VIH es un obstáculo para acceder a los sistemas de salud. El asesoramiento y las pruebas voluntarias para VIH en lugares no convencionales, distintos de hospitales y laboratorios permiten mejorar la accesibilidad al diagnóstico y facilitan la incorporación de las personas al sistema de cuidado de salud (4).

5.1.7 Toma de Test visual/ rápido en intra-muro

Según lo que se encuentra establecido en las “Directrices para detección del VIH, a través de Test Visual/Rápido en acciones intra y extra-muro, aprobadas por Resolución Exenta N° 1380 de 2018, del Ministerio de Salud, y modificada por Resolución Exenta N° 1.427 del 8 de octubre de 2018”. Ésta establece ciertos criterios que son necesarios para llevar a cabo una toma de test rápido, entre los criterios se pueden establecer el lugar y los horarios en que se llevará a cabo la toma de test (22).

Con respecto al lugar físico donde se lleva a cabo la actividad se establece que será necesario el contar con un sitio destinado a la entrega de información relacionada principalmente con la prevención del VIH/SIDA, además para el resguardo de la privacidad es de vital importancia el contar con cubículos individuales los cuales estarán destinados a la toma de muestra capilar, en dicho cubículo se debe tener a disposición 1 mesa, 2 sillas, 1 basurero, 1 caja para desecho de material corto punzantes, bandeja de transporte, cronómetro y recipiente para los materiales de toma de muestra. También se debe contar con otra instalación individual para lectura, interpretación y entrega de resultados (22).

A la hora de llevar a cabo la toma del test es importante hacer hincapié en tres pasos que son fundamentales para el proceso, el primero tiene relación con la orientación que se le

entrega al usuario acerca del test, posibles resultados y el procedimiento, posterior a esto se recibe el consentimiento informado que define si el paciente se realizará el examen. Posterior a esto se realiza el segundo paso que corresponde a la toma de muestra capilar a cargo del personal de salud que realiza la técnica y traslada a la persona junto con el consentimiento informado y el documento de identificación a la instalación al último paso. El tercer y último paso es la entrega del resultado al usuario (23).

Un resultado puede ser no reactivo si al cumplirse el tiempo para realizar la lectura sólo se observa la aparición de la banda de control del dispositivo considerándose como negativas para la presencia de anticuerpos anti-VIH (y también negativa para el antígeno VIH, si la prueba es de cuarta generación). Por tanto, en caso de que sea no reactivo se deben reforzar las medidas preventivas e indicar la necesidad de un nuevo examen si no hay período de ventana cumplido (3 meses) (24).

Otro posible resultado es un test inválido si al cumplirse el tiempo para realizar la lectura no se observa la aparición de la banda control del dispositivo o reactivo por lo que se debe repetir. Por último, ante un resultado positivo se entregará información de lo que esto significa además de firmar un documento que certifica haber tomado conocimiento de la derivación a la red de prestadores de su previsión ya sea en sistema público o privado para que complete su proceso diagnóstico (25).

Cuando el resultado arrojado por el test visual/ rápido es interpretado como positivo se debe proceder a la confirmación de dicho resultado, el cual es responsabilidad del ISP, para dicha confirmación se le debe enviar al ISP una muestra venosa de 6 ml en tubo con EDTA, dicho tubo debe ser trasladado y conservado siguiendo rigurosas medidas que son necesarias para a confirmación correcta del resultado (25).

5.1.8 Prevención del VIH

En la actualidad se ha logrado entender que la prevención puede llegar a ser igual o más importante que el tratamiento mismo para el VIH/SIDA. Es importante por tanto tener en cuenta que es la prevención la cual corresponde a la preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañoso (26). Es por eso, por lo que, gran parte de los esfuerzos que tienen relación con el VIH/SIDA se han enfocado en este aspecto.

Ningún método o enfoque de prevención puede poner fin a la epidemia de VIH por sí solo. Diversos métodos e intervenciones han demostrado su efectividad a la hora de reducir el riesgo de infección por el VIH y aumentar la protección ante el mismo, incluyendo: (27)

Preservativos masculinos: un preservativo masculino es una vaina delgada que se coloca sobre el pene erecto. Si permanece en su lugar durante la relación sexual, el sexo oral o el sexo anal, el preservativo masculino es una forma eficaz de protegerte y proteger a tu pareja de infecciones de transmisión sexual. Los preservativos masculinos también son eficaces para prevenir embarazos (28).

Los preservativos —también llamados "condones", "globitos" o "gorritos"— generalmente están hechos de látex, pero algunos se fabrican de poliuretano o de piel de cordero. Los preservativos de látex y poliuretano brindan la mayor protección contra las infecciones de transmisión sexual (28).

Los preservativos masculinos son sencillos de usar, económicos y pueden conseguirse fácilmente. Los hay con o sin lubricante y en una variedad de largos, formas, anchos, espesores y colores. Algunos preservativos tienen textura para aumentar las sensaciones (28).

Preservativo femenino: está fabricado con un plástico delgado y fuerte que se ajusta a las paredes de la vagina llamado poliuretano, aunque actualmente también es posible obtener una nueva versión más barata hecha de una sustancia llamada nitrilo. Estos preservativos tienen un anillo en cada extremo. El anillo de mayor diámetro se ajusta sobre el cuello uterino y el anillo menor permanece por fuera de la vagina y cubre la vulva. Además de servir como barrera e impedir que los espermatozoides inseminen el óvulo, esta opción proporciona una mayor seguridad a la mujer frente al contagio de infecciones de transmisión sexual, ya que protege también los genitales externos (29).

Los condones femeninos están disponibles sin receta médica y pueden adquirirse en farmacias y clínicas de planificación familiar. Aquella mujer que quiera utilizar este método anticonceptivo tendrá que sostener el anillo interno del condón entre el dedo pulgar y el medio. Seguidamente, apretará el anillo y lo insertará lo más profundamente posible en la vagina, dejando el anillo externo por fuera. Después de la relación sexual y antes de incorporarse, los ginecólogos aconsejan que la usuaria de este método apriete y gire el anillo externo para asegurarse de que el semen permanezca en el interior (29).

La efectividad de este método oscila entre el 75 y el 82 por ciento, pero si se usa correctamente el porcentaje de eficacia se eleva hasta el 99 por ciento (29).

Los motivos por los que puede fallar un condón femenino coinciden con aquellos que se vuelven inservibles a los condones masculinos: que haya una ruptura en el condón, que este no esté puesto antes de que el pene entre en contacto con la vagina, que haya defectos de fabricación o que el contenido del condón se derrame al retirar este de la vagina.

La circuncisión médica masculina voluntaria: la circuncisión médica masculina voluntaria es una intervención única y rentable que proporciona protección parcial durante

toda la vida frente a la transmisión del VIH de la mujer al hombre. Los estudios de modelado han sugerido que lograr una prevalencia del 80 % de la circuncisión entre los hombres de 15 a 49 años para 2015, y mantenerla, evitaría 3,4 millones de infecciones por el VIH para 2025 (30).

Desde 2007 se han realizado enormes esfuerzos para ampliar la circuncisión médica masculina voluntaria en 14 países prioritarios del este y sur de África que tienen un alto nivel de prevalencia del VIH y un bajo nivel de circuncisión masculina. A finales de 2015 se había circundado médicamente a casi 11,6 millones de hombres en estos países (30).

Disminución del número de parejas sexuales: es importante tener en cuenta que el número de parejas sexuales que se tiene afecta su riesgo de VIH de manera exponencial. Cuantas más parejas sexuales tenga una persona, será mucho más probable en que dicha persona pueda tener una pareja con VIH cuya carga viral no esté suprimida o tenga una pareja sexual con una enfermedad de transmisión sexual. Ambos de estos factores pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH.

Por eso diferentes instituciones médicas y otras que velan por la salud mundial recomiendan el mantener una única pareja sexual a fin de controlar no solo el VIH/SIDA, si no que gran parte de la ITS que existen en la actualidad en el mundo.

El no uso de agujas o jeringas sin esterilizar: una aguja o jeringa no esterilizadas pueden transmitir el VIH de una persona a otra. No se debe utilizar ningún instrumento para perforar la piel de una persona a menos que haya sido esterilizado (31).

Las personas que se inyectan drogas están particularmente expuestas a contraer el VIH/SIDA, al igual que quienes mantienen relaciones sexuales sin protección con personas

que se inyectan drogas. Estas últimas deberían usar siempre agujas y jeringas esterilizadas y no utilizar nunca las agujas o jeringas de otras personas (31).

Solamente un agente capacitado de la salud puede aplicar inyecciones. Es preciso utilizar una aguja o jeringa nueva o completamente esterilizada para cada niño o adulto a quien se administra una vacuna (31).

Compartir agujas o jeringas con cualquier persona, incluidos los miembros de la familia, puede transmitir el VIH/SIDA u otras enfermedades peligrosas. Nadie debe compartir agujas o jeringas (31).

5.2 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL DEL VIH

En los últimos años continúan intensificándose esfuerzos globales en la prevención de la transmisión del VIH, habiéndose planteado numerosas iniciativas, como promover el diagnóstico temprano fomentando el testeo para el despistaje de VIH, con la finalidad de minimizar la problemática del diagnóstico tardío y enfermedad avanzada. Tener un diagnóstico tardío genera un pobre pronóstico, que lleva a una mala calidad de vida en lo que respecta a la salud y al rol del paciente en la sociedad (32).

En el mundo en general resaltan la importancia de la información sobre el VIH para prevenir el contagio de infecciones, afirmando que el conocimiento sobre el VIH es esencial a la hora de protegerse frente al mismo. Además, la mejora del conocimiento sobre VIH y el SIDA es uno de los principales objetivos para los científicos del mundo.

El conocimiento sobre el VIH y las ITS resulta imprescindible en los programas preventivos, por ello es importante poder medirlo adecuadamente, con el fin de evaluar su eficacia (33).

Según los datos entregados por ONUSIDA el año 2020 (34) la situación mundial no es favorable encontrándose estas cifras a nivel mundial.

5.2.1 Estadísticas mundiales sobre el VIH

- 26,0 millones [25,1 millones–26,2 millones] de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral (al cierre de junio 2020).
- 38,0 millones [31,6 millones–44,5 millones] de personas vivían con el VIH en todo el mundo (al cierre de 2019).
- 1,7 millones [1,2 millones–2,2 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH (al cierre de 2019).
- 690.000 [500.000–970.000] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA (al cierre de 2019).
- 75,7 millones [55,9 millones–100 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia (al cierre de 2019).
- 32,7 millones [24,8 millones–42,2 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA desde el comienzo de la epidemia (al cierre de 2019) (34).

5.2.2 Personas que viven con el VIH

- En 2019: 38,0 millones [31,6 millones–44,5 millones] de personas vivían con el VIH.

- 36,2 millones [30,2 millones–42,5 millones] adultos.
- 1,8 millones [1,3 millones–2,2 millones] niños (hasta 14 años).
- El 81% [68–95%] de todas las personas que vivían con el VIH conocía su estado serológico con respecto al VIH.
- Alrededor de 7,1 millones de personas no sabían que estaban viviendo con el VIH (34).

5.2.3 Personas que viven con el VIH con acceso a la terapia antirretroviral

- Al cierre de junio de 2020: 26,0 millones [25,1 millones-26,2 millones] de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral.
- En 2019: 25,4 millones [24,5 millones - 25,6 millones] de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral, en comparación con los 6,4 millones [5,9 millones - 6,4 millones] de 2009.
- En 2019: el 67% [54–79%] de todas las personas que vivían con el VIH tuvieron acceso al tratamiento.
 - El 68% [54–80%] de los adultos mayores de 15 años que vivían con el VIH tuvieron acceso al tratamiento, así como el 53% [36–64%] de los niños de hasta 14 años.
 - El 73 % [60 % - 86 %] de las mujeres adultas mayores de 15 años tuvieron acceso al tratamiento; sin embargo, solo el 61 % [48 % - 74 %] de los hombres adultos de 15 o más años lo tuvieron.
- En 2019: el 85% [63%–100%] de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH tuvieron acceso a medicamentos antirretrovíricos para evitar la transmisión del VIH a sus hijos (34).

5.2.4 Nuevas infecciones por el VIH

- Desde el pico alcanzado en 1998, las nuevas infecciones por el VIH se han reducido en un 40%.
 - En 2019: se produjeron 1,7 millones [1,2 millones–2,2 millones] de nuevas infecciones por el VIH, en comparación con los 2,8 millones [2,0 millones–3,7 millones] de 1998.
- Desde 2010, las nuevas infecciones por el VIH descendieron alrededor de un 23%, desde 2,1 millones [1,6 millones–2,9 millones] hasta 1,7 millones [1,2 millones–2,2 millones] en 2019.
 - Desde 2010: las nuevas infecciones por el VIH en niños descendieron un 52%, desde 310.000 [200.000–500.000] en 2010 hasta 150.000 [94.000–240.000] en 2019 (34).

5.2.5 Muertes relacionadas con el VIH/SIDA

- Desde el pico alcanzado en 2004, los casos de muertes relacionadas con el SIDA se han reducido en más de un 60%.
 - En 2019: alrededor de 690.000 [500.000 – 970.000] personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA en todo el mundo, frente a los 1,7 millones [1,2 millones - 2,4 millones] de 2004 y los 1,1 millones [830.000 - 1,6 millones] de 2010.

— La mortalidad por el SIDA ha disminuido un 39 % desde 2010 (34).

5.2.6 Mujeres que contraen VIH/SIDA

- Cada semana, alrededor de 5.500 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años contraen el VIH.
 - En África subsahariana, cinco de cada seis nuevas infecciones en adolescentes de entre 15 y 19 años afectan a niñas. Las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años tienen el doble de probabilidades de vivir con el VIH que los hombres.
- Más de un tercio (35 %) de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física o sexual dentro de la pareja o violencia sexual fuera de la pareja en algún momento de su vida.
 - En algunas regiones, la probabilidad de contraer la infección por el VIH es 1,5 veces mayor en el caso de mujeres que han sufrido violencia física o sexual dentro de la pareja con respecto a aquellas que no han sufrido ese tipo de violencia.
- Las mujeres y las niñas representaron aproximadamente el 48 % del total de nuevas infecciones por el VIH en 2019. En África subsahariana, las mujeres y las niñas representaron el 59 % del total de nuevas infecciones por el VIH (34).

5.2.7 Grupos de población clave de las nuevas infecciones por VIH

- Los grupos de población clave y sus parejas sexuales representan:
 - El 62 % de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial.
 - El 99 % de las nuevas infecciones por VIH en Europa del Este y Asia Central.
 - El 97 % de las nuevas infecciones por VIH en Oriente Medio y África del Norte.
 - El 96 % de las nuevas infecciones por VIH en Europa Occidental y Central y Norteamérica.
 - El 98 % de las nuevas infecciones por VIH en Asia y el Pacífico.
 - El 77 % de las nuevas infecciones por VIH en América Latina.

- El 69 % de las nuevas infecciones por VIH en África Occidental y Central.
 - El 60 % de las nuevas infecciones por VIH en el Caribe.
 - El 28 % de las nuevas infecciones por VIH en África Oriental y Sudáfrica.
- El riesgo de contraer el VIH es:
- 26 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
 - 29 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas.
 - 30 veces mayor para los/las trabajadores/as sexuales.
 - 13 veces mayor para las personas transgénero (34).

5.3 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL DEL VIH

Es una realidad que en Chile al igual que en el mundo, la prevalencia del VIH ha aumentado considerablemente, si bien los números son conocidos en cuanto a las personas que padecen esta enfermedad, otra de las problemáticas importantes de abordar es aumentar la pesquisa de este virus mediante campañas masivas, por lo cual, son importantes las características de la población que asiste a campañas de VIH para poder enfocar las campañas extra muro en diferentes escenarios posibles y así llegar a la mayor cantidad de población.

Se ha demostrado que existe tendencia al aumento en tasas de incidencia del VIH en Chile. El 36,48% de los casos reportados corresponde al sexo masculino entre 20 y 29 años, grupo con más alta incidencia en el período (2010-2017). Las ecuaciones de regresión estimadas efectivamente aumentan más sostenidamente en población masculina y joven.

Existen factores informativos y educacionales deficitarios en la prevención del VIH en la población chilena. A pesar de la fuerte progresión de los casos nuevos, aún resta

consolidar la brecha diagnóstica de personas que viven con VIH que desconocen su estado de salud (35).

En Chile, la epidemia se ha caracterizado por el sostenido aumento de la portación principalmente de VIH 1 en mujeres en edad fértil por lo que las estrategias de salud diseñadas para disminuir el riesgo de transmisión vertical (TV) están destinadas a programas de detección, prevención y de tratamiento. Es así como, en nuestro país la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA se realiza mediante la notificación obligatoria (mecanismo pasivo) y a través de estudios de seroprevalencia de VIH con metodología de Centro Centinela (mecanismo activo), desarrollados en Chile desde el año 1992 (36).

A raíz de los diversos problemas asociados a esta enfermedad una Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) es un organismo perteneciente al Ministerio de Salud, creado el 4 de mayo de 1990, y que cumple con el fin de coordinar y evaluar todas las actividades relacionadas con estrategias de prevención y tratamiento del VIH/SIDA en Chile (37).

En los últimos años ha aumentado de manera significativa el número de personas que se efectúan el examen para la detección del virus tanto en el sistema público como privado y recientemente se incorporó la realización de test rápido en la atención primaria, lo que ha permitido diagnosticar a muchas personas que desconocían su condición de infectados por el VIH. La mayoría de los nuevos casos corresponde a hombres jóvenes y un tercio de todos los diagnosticados son personas nacidas en otros países. Sin embargo, el aumento en los casos de infección por el VIH no sólo se debe al aumento en la realización de test diagnósticos, sino que también a que siguen ocurriendo nuevos contagios (38).

Estudios en el ámbito nacional han planteado, la falta de protección e información como factores que aumentan el riesgo a la infección. El estudio realizado en la Universidad

Industrial de Santander concluye que, aunque la población tiene adecuados conocimientos, presenta comportamientos riesgosos para infectarse con el VIH (39).

En el contexto nacional expuesto en relación con el VIH es válido plantearse cómo debieran mejorarse las estrategias generadas hasta el momento. Los lineamientos internacionales en torno a la prevención apuntan a una adaptación cultural de acuerdo con las necesidades de cada nación. Este proceso requiere además ser realizado a través de metodologías rigurosas y apropiadas que permitan evaluar las estrategias durante su desarrollo, lo que además fortalecería la evaluación de las diferentes estrategias una vez finalizadas. Con ello y a partir de los logros obtenidos, sería posible avanzar en la búsqueda y utilización de metodologías innovadoras (40).

5.4 POLÍTICAS PÚBLICAS Y ESTRATEGIAS EN VIH/SIDA

5.4.1 Compromisos internacionales del VIH/SIDA

Desde 2014 el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS) establece el compromiso global 90-90-90 2020, esta meta habla que el 90% de todas las personas que viven con VIH tengan conocimiento de su serología, el 90% de todas las personas diagnosticadas con infección por el VIH inicien terapia antirretroviral ininterrumpidamente y que el 90% de todas las personas que reciben terapia antirretroviral tengan supresión viral. Sin embargo, los datos apuntan que más de la mitad de la población ya ha sido testada para el VIH, pero aún no se alcanza 90% de las personas que viven con VIH tengan conocimiento de su estatus serológico (41).

Buscando una mejora en los sistemas de pedagogía social, en todos sus niveles, la OMS propone para el 2020 en cada país unas metas con miras al control de la epidemia de VIH/SIDA, las cuales se conocen como los tres 90, a saber en el primer paso la idea es alcanzar un 90% de diagnósticos, trabajo que no es fácil si pensamos en que los escenarios epidemiológicos, sociales y económicos de cada país son totalmente diferentes, para lograr esto no hay que perder el objetivo grande que es acabar con esta epidemia, con cada paso que se logre podemos estar más cerca de ello (42).

El trasfondo que nos cobija en este duro trabajo multisectorial es poder sentar las bases de un mundo más justo, más sano y equitativo, impulsando esfuerzos más amplios en materia de salud y desarrollo demostrando todo lo que se puede conseguir con la solidaridad mundial y algo muy importante, la colaboración de múltiples sectores sociales, donde se pueda hacer una labor médico paciente íntegra, que permita construir un trabajo desde diferentes puntos de vista con la participación no solo del personal de salud sino también del paciente y su entorno de apoyo (2-42).

Para el siguiente 90, la idea es lograr que un 90% de los pacientes que conocen su estado serológico actual (Dx. Confirmado de VIH) estén en tratamiento antirretroviral, de forma continua, rigurosa, que nos permita asegurar una adherencia al régimen por parte del paciente, por eso, el punto clave desde el inicio es el apoyo que recibirá el enfermo, la buena base social y familiar para ayudar a sobrellevar la enfermedad, a fin de poder asegurar una efectividad del tratamiento y evitar resistencias al mismo (2-42).

Por último, en el tercer 90, se busca alcanzar de los pacientes con terapia farmacológica que un 90% llegue a supresión viral, o sea, que tenga una carga viral indetectable, obviamente no es tarea fácil, ya que los múltiples factores que influyen son duros de controlar, además que si observamos, para poder llegar al tercer 90 debemos haber cumplido muy bien con los dos primeros, esto es lo atractivo de la estrategia diseñada por la OMS, busca asegurar que se sigan unos lineamientos que son indispensables para poder

erradicar la epidemia, cosa que a futuro le da un valor de seguridad al trabajo, pues si controlamos casi el 100% de los pacientes con una serología positiva para el virus, podemos llegar a impactar casi en el 100% de los infectados con un tratamiento eficaz, que le permita aumentar su sobrevivencia, evitar comorbilidades no solo oportunistas y poder pensar en hacer un trabajo mucho más personalizado con el paciente, enfocando la labor de forma multicéntrica y compartida y así poder caer en una culminación perfecta, la supresión viral; como sabemos esto pone al paciente en un plano casi tan igual como en el que se mueven las personas no infectadas (3-43).

La epidemia de VIH coloca a toda la población en situación de vulnerabilidad a la infección. Mucho más que un problema individual, de la persona que vive con VIH/SIDA, la infección alcanza la gama colectiva al colocarnos viviendo en un mundo donde existe el VIH/SIDA, trayendo susceptibilidad a la infección entre todos los que en ese mundo habitan. Es en esta perspectiva de la vulnerabilidad colectiva y de la respuesta colectiva la epidemia, que todos deben estar comprometidos sea en la prevención, reducción de daños o tratamiento (44).

El cuidado de la salud y la respuesta de las personas ante las enfermedades generalmente están influidos por las representaciones de los medios de comunicación. El lenguaje que utilizamos para hablar sobre el VIH/SIDA es un reflejo de nuestra realidad social, está supeditado a nuestras fobias y prejuicios, pero al mismo tiempo también es creador de la imagen que tengamos del VIH/SIDA, de nuestras actitudes respecto de la epidemia y de las personas afectadas (45).

5.4.2 ONUSIDA

El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, en inglés UNAIDS) con sede en Ginebra, fue establecido en 1996 con objeto de coordinar la respuesta internacional a la epidemia de VIH/SIDA y actuar como garante de la acción global y

concertada contra el SIDA, con el copatrocinio de las siguientes 10 organizaciones del Sistema de Naciones Unidas: (46)

- La Organización Mundial de la Salud (OMS).
- El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- La Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
- La Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- El Fondo de Población de NN.UU (UNFPA).
- La Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (UNODC).
- El Programa Mundial de Alimentos (PAM).
- El Banco Mundial.
- El Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

En 1988, las Naciones Unidas establecieron a través de la OMS el Programa Global sobre el SIDA (GPA) para desarrollar y coordinar una estrategia global con respuesta concertada para combatir la pandemia, y en 1993 la Asamblea Mundial de la Salud hizo un llamamiento para coordinar más coherentemente los diversos programas del Sistema de Naciones Unidas en curso y así evitar duplicidades y solapamientos (46).

Su órgano rector es la Junta de Coordinación del Programa (JCB), compuesta por representantes gubernamentales agrupados en circunscripciones, las 10 organizaciones del Sistema de Naciones Unidas que copatrocinan y Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), entre las que se incluyen asociaciones de personas que conviven con el VIH/SIDA (46).

Los objetivos principales del ONUSIDA, cuyo cargo de Director Ejecutivo ocupa desde 2019 la ugandesa Winnie Byanyima, son:

- Intercambiar información y conocimientos sobre la epidemia y las vías para mitigar su impacto.
- Promover la coherencia y complementariedad de las actuaciones de los programas de lucha contra el VIH/SIDA de los copatrocinadores.
- Intensificar los compromisos en la lucha contra el SIDA en todos los frentes.

5.4.3 Compromiso nacional sobre el VIH/SIDA

La Estrategia Nacional de Salud (37) es la priorización que el sector salud realiza de los principales problemas de salud en el país, estableciendo Objetivos Sanitarios para la Década (OSD), de tal manera de orientar los esfuerzos hacia objetivos estratégicos. Con este propósito se elaboró un Plan Nacional de Salud, para el periodo 2011-2020 que considera el enfoque de gestión basada en resultados, cuyos objetivos sanitarios son:

1. Mejorar la salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en la población.
3. Aumentar la satisfacción de la población.
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

La Estrategia implica apuntar a reducir el impacto de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, desde la Tuberculosis a los problemas cardiovasculares, adicionando causas de mortalidad como los accidentes de tránsito y la violencia intrafamiliar por medio de acciones como aumentar las patologías AUGE, generar paquetes preventivos

garantizados, mejorar la cobertura del tratamiento de Hipertensión y Diabetes, entre otras medidas (37).

Esta estrategia también considera la intervención sobre factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, la obesidad y sedentarismo en las diferentes etapas de vida y en distintas situaciones sociales y demográficas.

Esto implica disponer de ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales razonables para el correcto desarrollo de las personas. Por lo anterior, la estrategia implica reforzar el sistema público de salud, cerrando las brechas en recursos humanos, potenciando la atención primaria, acreditando a los hospitales de la red, mejorando el acceso a las atenciones de salud, mejorando el trato a los usuarios, y dando a la población acceso a medicamentos de calidad y a precio justo (37).

5.5 PLAN NACIONAL DE VIH/SIDA

Para abordar este complejo escenario sanitario, el Ministerio de Salud, a través de sus Objetivos y Metas Sanitarias, contempla estrategias basadas en los determinantes sociales en salud, combinando y potenciando acciones promocionales y preventivas que permitan anticiparse a la exposición al riesgo, además de la detección y diagnóstico precoz para que las personas accedan a la atención integral disponible y con ello disminuir la transmisibilidad del VIH e ITS.

A lo largo de las últimas 3 décadas, epidemias como el VIH han sufrido cambios en el mundo, razón por la cual organismos internacionales han ido adaptando su abordaje, dando respuesta a las nuevas necesidades generadas. Por lo anterior, el propósito de contar con un Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS y su respectivo Plan de Acción

2018-2019, permitirá intensificar la implementación de estrategias orientadas al logro de los objetivos propuestos para la atención oportuna de estas patologías en todo el país, con una mirada integral que incluya la promoción y prevención, la detección precoz, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, la vigilancia, el seguimiento y evaluación, garantizando el acceso a las tecnologías y recursos disponibles en el país y acorde a los lineamientos internacionales en la materia.

En particular, el Ministerio de Salud se ha propuesto la promoción del sexo seguro y medidas de prevención del VIH e ITS, con especial énfasis en población adolescente y joven; disminuir su transmisión a través de estrategias de testeo y prevención combinada; aumentar la detección precoz; fortalecer la red de atención de VIH del sistema público y disminuir la mortalidad a causa de esta enfermedad. (47).

6. OBJETIVOS

6.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de la población que asiste a campañas de VIH extra-muro para la detección de VIH en eventos populares y vía pública?

6.2 Objetivo general

Caracterizar a la población que asiste a campañas de VIH extra-muro para la detección de VIH en eventos populares y vía pública.

6.3 Objetivos específicos

1. Determinar variables a estudiar según información proporcionados de la planilla de datos no sensible entregada por fundación SIDA MAULE.
2. Analizar las variables determinadas en la población que asiste a campañas de VIH extra-muro en eventos populares y vía pública región del Maule durante el año 2020.
3. Proporcionar información analizada a fundación SIDA MAULE como estrategia para futuras programaciones de campañas extra-muro para ayudar al cumplimiento del compromiso 90-90-90.

7. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1 Muestra

Para este estudio se caracterizó a la población que asistió a campañas de VIH extramuro en eventos populares y vía pública en la Región del Maule en los años 2018 y 2019, quienes se realizaron el test rápido para la detección de VIH, dicha información será proporcionada a la Fundación SIDA Maule quienes determinarán su posterior uso.

7.2 Materiales

Se trabajó con los datos extraídos que fueron proporcionados por la Fundación SIDA Maule, estos datos que fueron aportados están sujetos a todos los lineamientos de confidencialidad para cada uno de los participantes que se les realizó el test puesto que la información es de carácter no sensible.

En relación con el análisis estadístico se empleó el programa estadístico Rcommander utilizado para la creación de tablas y gráficas.

7.3 Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, puesto que solo se buscó establecer mediante gráficas algunas características de la población en estudio.

7.4 Diseño de la investigación

Se trató de un diseño de tipo experimental, transversal, descriptivo. Es de tipo transversal al tratarse de una única medición en el tiempo que tiene que ver con las características de la población que asistió a las campañas antes mencionadas.

7.5 Variables

Las variables en estudio fueron dependientes de las bases de datos que se nos fueron otorgadas por la fundación SIDA MAULE, siempre teniendo en cuenta que una de las variables más determinantes para esta investigación tenía que ver con el sexo y la edad de los sujetos en estudio.

Sexo

“El sexo se refiere a las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres; son características con las que se nace, y son universales, es decir, comunes a todas las sociedades y culturas y son inmodificables” (48). En el estudio se consideraron tanto hombres como mujeres e intersex.

Edad:

“Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales” (49). Se obtuvieron de las bases de datos proporcionadas por la Fundación anteriormente mencionada y se categorizaron en los diferentes rangos de edad: 10 a 15 años, 16 a 20 años, 21 a 25 años, 26 a 30 años, 31 a 35 años, 36 a 40 años, 41 a 45 años, 46 a 50 años, 51 a 55 años, 56 a 60 años, 61 a 65 años, 66 a 70 años y, 71 años y más.

Nacionalidad:

“Condición y carácter peculiar de los pueblos y habitantes de una nación” (50). Según la base de datos las categorías fueron: argentina, boliviana, brasileña, chilena, colombiana, ecuatoriana, haitiana, uruguaya y venezolana.

Sistema Previsional:

“Conjunto de medios y acciones dirigidas a atender las necesidades de los integrantes de una sociedad” (51). Las categorías que se usaron son: FONASA, Isapre, CAPREDENA y DIPRECA.

Pertenencia a Pueblo Originario

“Pueblos que existieron y poblaron diferentes lugares del mundo antes de la Conquista” (52). Se clasificó en: si pertenecían y no pertenecían a alguno de éstos.

Trans

“Define a personas cuya identidad de género, expresión de género o conducta no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo que se les asignó al nacer” (53). En el estudio se clasificó en: Si y No según su identidad.

Reactividad

Hace referencia a los resultados proporcionados respecto de los test rápidos de VIH, estos se clasificaron en: reactivo y no reactivo.

7.6 Métodos

Para la recolección de los datos de nuestra investigación se ocuparon bases de datos la cuales fueron puestas a nuestra disposición y bajo estrictas normas de confidencialidad por la Fundación SIDA MAULE. Dicha institución nos entregó datos correspondientes a personas que participaron de las campañas extra-muro realizadas en eventos populares y vía pública en la Región del Maule de los años 2018 y 2019.

Las variables en estudios fueron analizadas estadísticamente y graficadas con el software estadístico Rcommander y respaldada la información de éstos en el programa

Microsoft EXCEL 2010 mediante tablas de frecuencias, gráficos de barra y, también gráficas de torta en relación con el total de participantes que asistieron a las distintas campañas.

R proporciona un sistema que está destinado para el análisis de datos y, cuando se utiliza junto con R-commander (una interfaz gráfica de usuario, comúnmente conocida como Rcmdr), también proporciona un sistema que es fácil e intuitivo de usar. Básicamente, R proporciona el motor que realiza los análisis y Rcmdr proporciona una forma conveniente para que los usuarios ingresen comandos. El programa Rcmdr permite a los analistas acceder a una selección de comandos R de uso común mediante una interfaz simple que debería ser familiar para la mayoría de los usuarios de computadoras (54).

8. RESULTADOS

Según los datos proporcionados por la Fundación SIDA Maule se realizaron 36 campañas de VIH extra-muro para la detección de VIH en eventos populares y vía pública en el período 2018-2019 en las cuales participaron alrededor de 3.252 personas que entregaron información característica como: sexo, edad, nacionalidad, previsión social, pertenencia a pueblos originarios TRANS y la reactividad del test rápido.

Tabla N°2: Caracterización Sociodemográfica.

Fuente: Elaboración propia. Hernández C. (2021).

Factor Sociodemográfico	Categoría
Sexo	Hombre Mujer Intersex
Edad	10-15 16-20 21-25 26-30 31-35 36-40 41-45 46-50 51-55 56-60 61-65 66-70 71 y más
Nacionalidad	Argentina

	Boliviana Brasileña Chilena Colombiana Ecuatoriana Haitiana Uruguay Venezolana Sin responder
Previsión Social	CAPREDENA DIPRECA FONASA Isapre Sin previsión Sin responder Otra
Pertenencia Pueblo Originario	SI NO Sin responder
TRANS	SI NO Sin responder
Reactividad	Reactivo No reactivo Sin resultado

Gráfico N°1: Porcentaje de sexo del total de participantes.

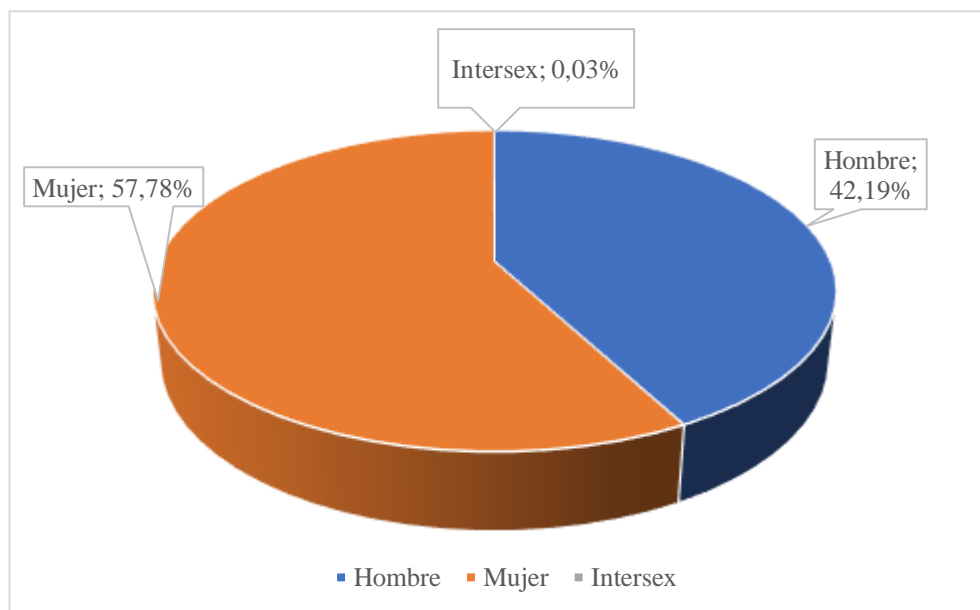


Tabla N°3: Frecuencia absoluta de sexo del total de participantes.

Sexo	Total
Hombre	1.372
Mujer	1.879
Intersex	1

Lo que se ve reflejado en el gráfico N°1 y Tabla N°3 son el porcentaje y frecuencia absoluta respectivamente en relación con el sexo del total de participantes, es decir, se observó que existe una mayor participación de mujeres que asistió a las campañas de VIH extra-muro con un 57,78%, es decir, concurrieron 1.879 mujeres de un total de 3.252 personas. En relación con los hombres el porcentaje es mucho menor, correspondiendo a un 42,19% del total de los participantes. La categoría de Intersex al ser una persona la que se identificó de esta manera, quedó representado con un 0,93% debido a que es un número insignificante respecto del total de asistentes.

Gráfico N°2: Porcentaje de rangos de edad según el total de participantes.

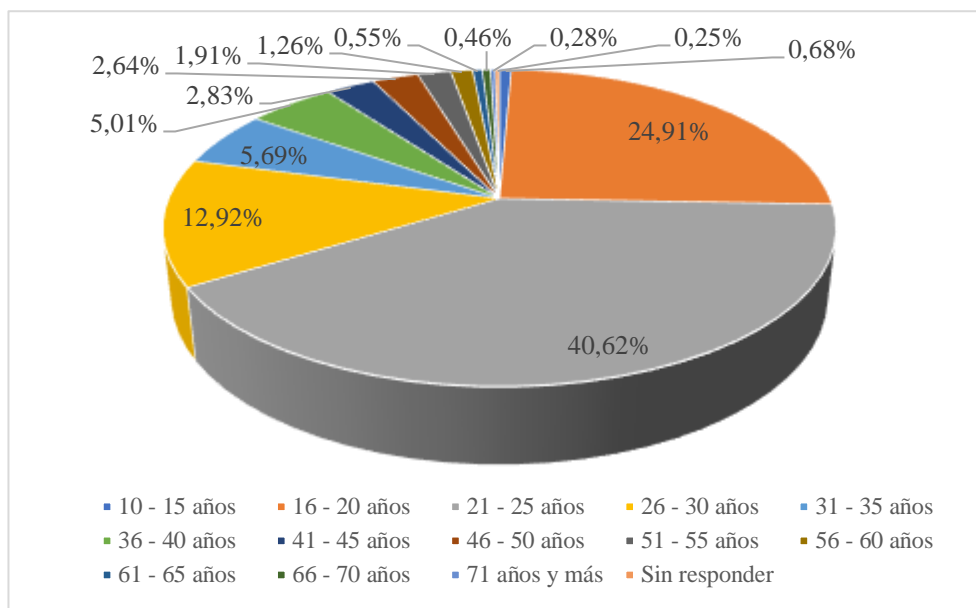
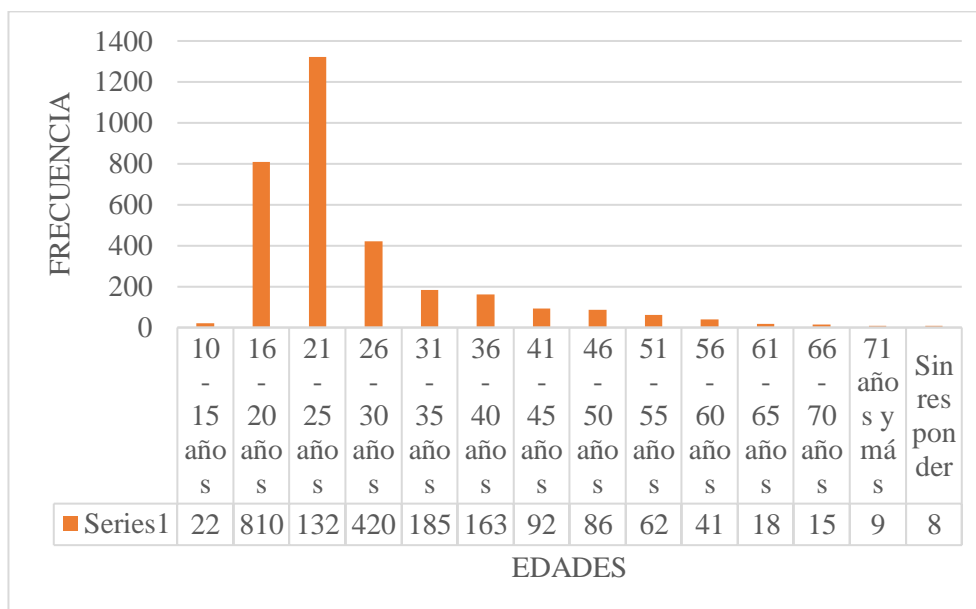


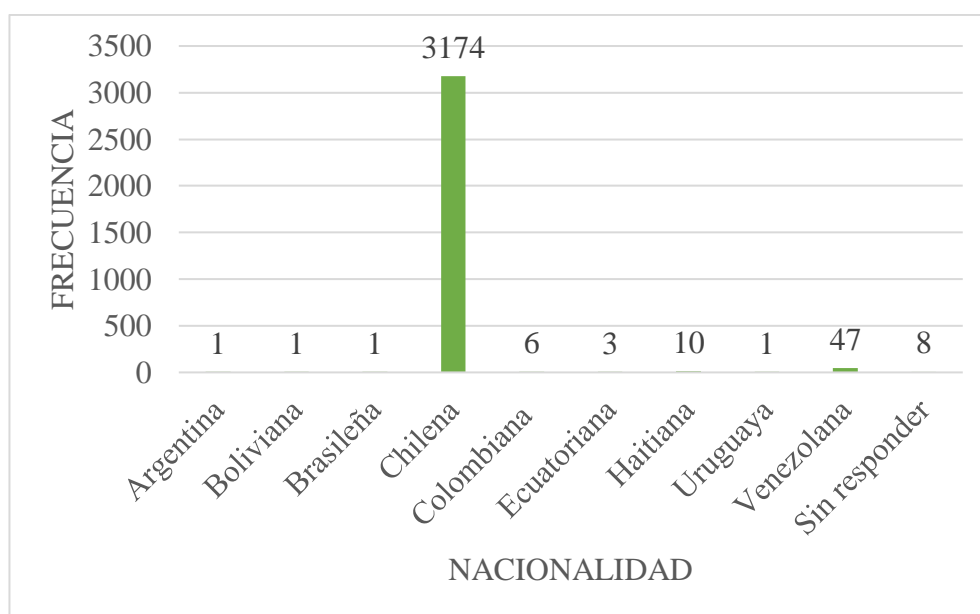
Gráfico N°3: Frecuencia absoluta por rango de edad según el total de participantes.



La gráfica N°2 y N°3 corresponde a los porcentajes y frecuencias absolutas respectivamente de los distintos rangos de edad que se obtuvieron del total de participantes de las 36 campañas realizadas por la Fundación SIDA Maule en el periodo 2018 – 2019. De ello se infirió que el rango

de edad de las personas entre 21 – 25 años fue el que presentó un mayor porcentaje, correspondiente a un 40,62%, es decir, de los 3.252 participantes, 1.321 estuvieron dentro de esa categoría. Los porcentajes de edad con menor participación va desde los 45 hasta los 70 años, siendo la población adulta y adulta mayor.

Gráfico N°4: Frecuencia absoluta de la nacionalidad del total de participantes.



El gráfico de barras N°4 corresponde a las distintas nacionalidades de los participantes con relación al total de éstos, en él se pudo observar y con una marcada tendencia que la mayor cantidad de personas que participaron en las campañas de VIH extra-muro para la detección de VIH fueron de nacionalidad chilena, representando un total de 3.174 personas.

Gráfico N°5: Sistema previsional del total de participantes en porcentaje.

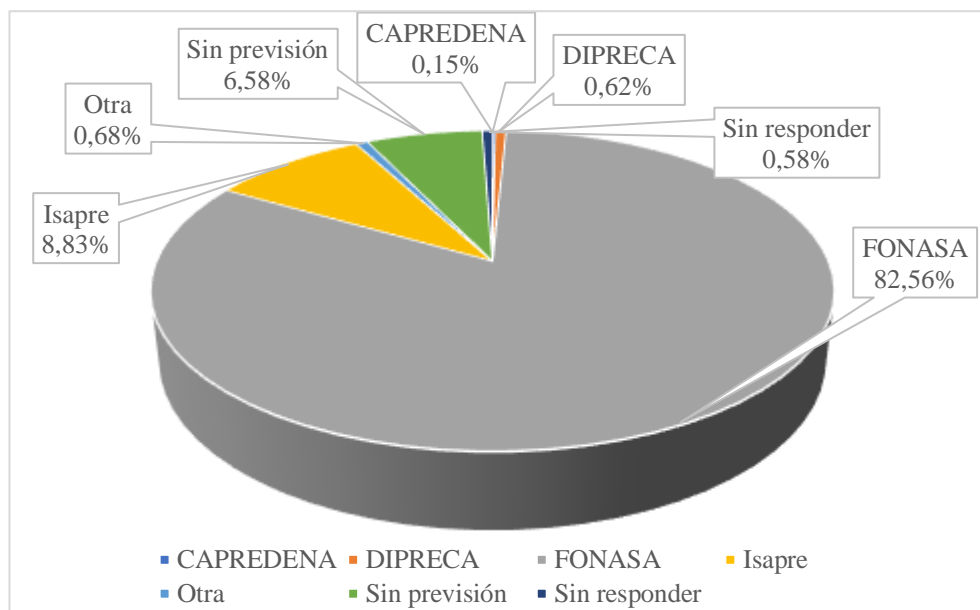


Tabla N°4: Frecuencia absoluta del sistema de previsión del total de participantes.

Previsión	Total
CAPREDENA	5
DIPRECA	20
FONASA	2.685
Isapre	287
Sin Previsión	214
Sin responder	19
Otra	22

El gráfico de torta N°5 corresponde a los porcentajes del sistema previsional en relación al total de los participantes de las campañas de VIH extra-muro para la detección de VIH, con ello y de acuerdo a lo anterior, se observó que el mayor porcentaje de participantes estaban afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) representado con un porcentaje del 82,56%, seguido de las Isapres y de los que no tienen ningún tipo de previsión social con un 8,83% y 6,58%

respectivamente. CAPREDENA y DIPRECA son los sistemas que obtuvieron los porcentajes más bajos con un 0,15% y 0,62% respectivamente.

La Tabla N° 4 representa la frecuencia absoluta del sistema de pensiones con respecto del total de participantes, es decir, en FONASA hubo 2.685 personas, en Isapre 287 personas y los que no tienen ningún tipo de previsión social 214 personas. CAPREDENA Y DIPRECA representaron los números más bajos con 5 y 20 personas respectivamente que pertenecen a estos sistemas.

Gráfico N°6: Porcentaje de pertenencia a pueblos originarios del total de participantes.

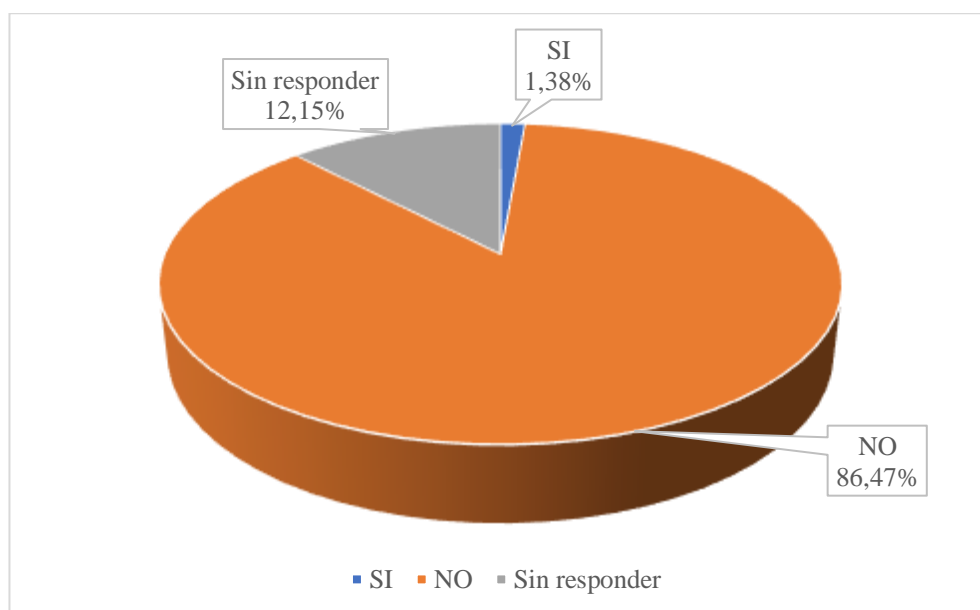


Tabla N°5: Frecuencia absoluta de pertenencia a pueblos originarios del total de participantes.

P.O	Total
SI	45
NO	2.812
Sin responder	395

El porcentaje de pertenencia a pueblos originarios del total de los participantes está representado en el Gráfico N°6 en donde el mayor porcentaje correspondió a un 86,47% con la opción de NO pertenecer a ningún pueblo originario, porcentaje equivalente a 2.812 personas, descrito en la Tabla N°5 de la frecuencia absoluta. Por otro lado, en la gráfica nombrada anteriormente, se representó la opción SI y la de Sin Responder de las cuales el porcentaje que equivale a éstas es de un 1,38% y un 12,15% respectivamente, correspondiendo a un total de 440 personas de todas las que participaron en las campañas de VIH extra-muro para la detección de VIH.

Gráfico N°7: Porcentaje de personas TRANS del total de participantes.

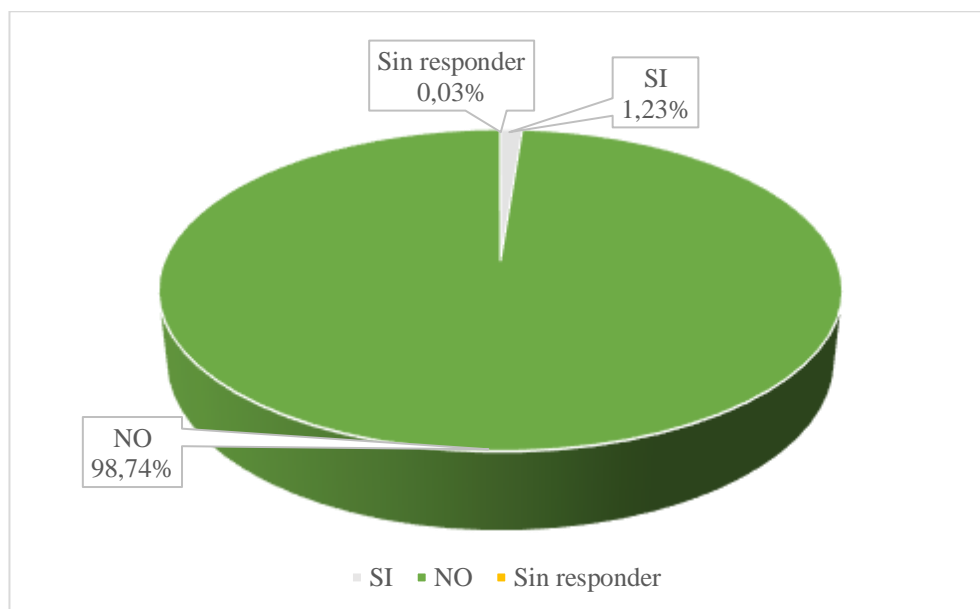
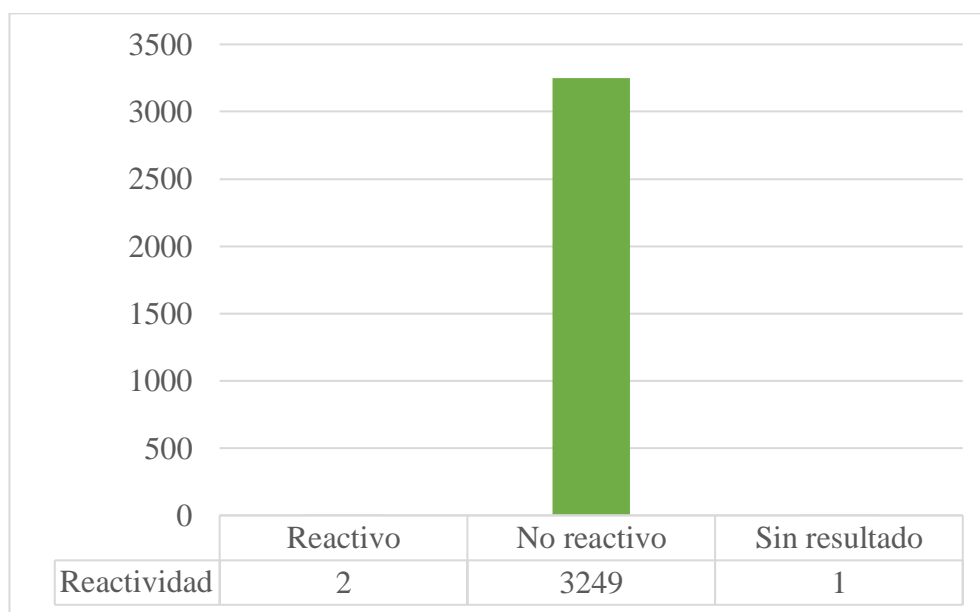


Tabla N°6: Frecuencia absoluta de personas TRANS del total de participantes.

TRANS	Total
SI	40
NO	3.211
Sin responder	1

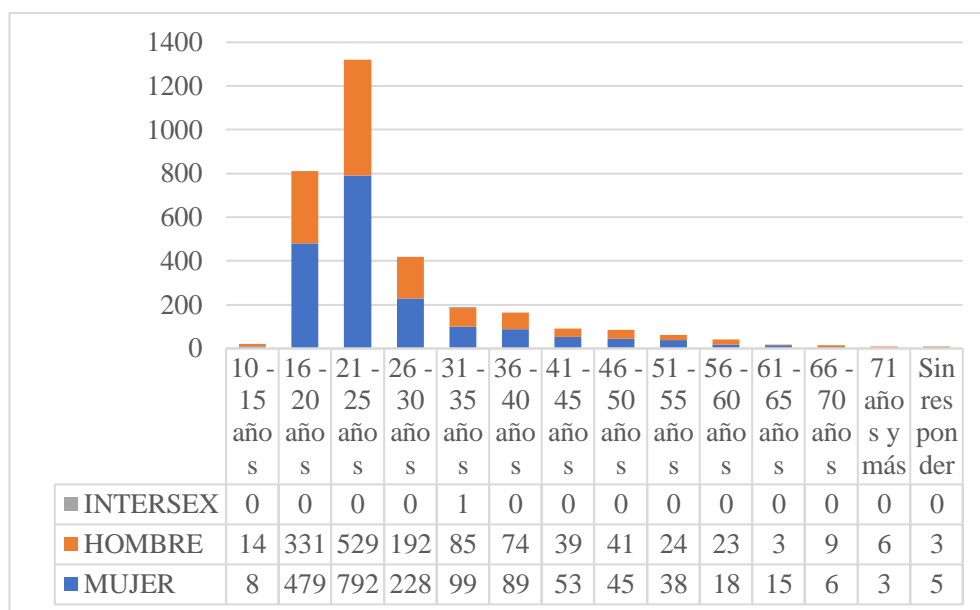
Con respecto al Grafico N°7 que representa el porcentaje de personas TRANS del total de participantes y a la Tabla N°6 que representa a la frecuencia absoluta de éstos, se evidenció que del total de participantes solo un 1,23%, es decir, 40 personas se identificaron como TRANS, quedando con el mayor porcentaje la opción del NO, es decir, que no se identifican como tal, correspondiendo a un 98,74% del total de participantes que asistieron a las diferentes campañas para la detección de VIH en el periodo 2018-2019.

Gráfico N°8: Frecuencia absoluta de reactividad del total de participantes.



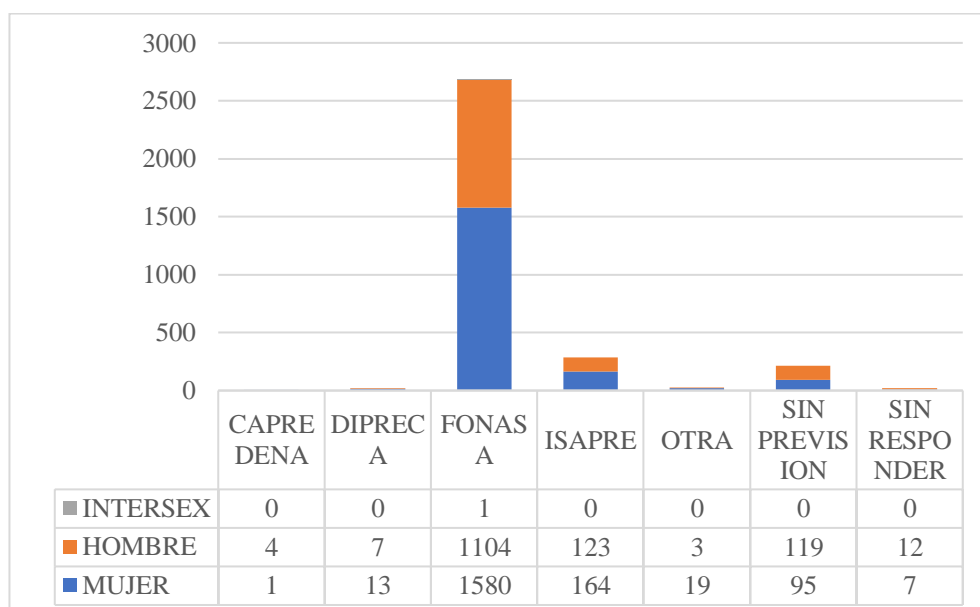
El Gráfico N°8 muestra la reactividad del test rápido que se les realizó a los participantes que asistieron a las diferentes campañas para la detección de VIH, de las 3.252 personas que asistieron, solo 2 dieron en el resultado del test rápido como Reactivo, mientras, que la mayoría de los participantes su resultado fue No reactivo, equivalente a 3.249 personas.

Gráfico N°9: Relación entre el sexo y el rango de edad del total de participantes.



El Gráfico N°9 muestra la relación existente entre el sexo de los participantes y el rango de edad. En este se pudo observar que entre el rango de edad de 16 – 20 años y el rango de 21 - 25 años fue en donde se centró la mayor cantidad de participantes de las diferentes campañas, y de esto, la mayor cantidad de personas según sexo son mujeres, tendencia que se mantuvo en el resto de los rangos de edad.

Gráfico N°10: Relación entre el sexo y la previsión social del total de participantes.



El Gráfico N°10 evidenció el total de participantes que asistieron a las campañas de VIH extra-muro en relación con el sexo y la previsión social de cada uno de ellos, se pudo observar que la mayor cantidad de participantes pertenecían a mujeres y que se encuentran dentro de la previsión social FONASA e ISAPRE.

9. DISCUSIÓN

Una vez analizada la base de datos que nos proporcionó la Fundación SIDA Maule, con el fin de Caracterizar a la población que asiste a campañas de VIH extra-muro para la detección de VIH en eventos populares y vía pública, se evidenció en primera instancia que de las 36 campañas realizadas en los distintos lugares de la Región del Maule en el periodo 2018 – 2019 participaron un total de 3.252 personas, de los cuales 1.879 corresponden a mujeres (57,78%), 1.372 corresponden a hombres (42,19%) y 1 persona que no se identifica en ninguno de los sexos que se mencionaron anteriormente (0,03%). Además, del total de participantes que asistió a dichas campañas alrededor de 1.321 (40,62%) correspondían a personas entre los 21 y 25 años.

Según las estadísticas del MINSAL de la campaña denominada “*Test Rápido de VIH Verano 2019*”, el 59,06% de los tests rápidos realizados se efectuaron a mujeres, un 40,91% a hombres y un 0,03% a personas trans (55), siendo un resultado similar a los que se obtuvieron del análisis de los datos que entregó la Fundación SIDA Maule, lo que nos demuestra que hay que sensibilizar, educar y a la vez promover el hacerse el test rápido de VIH con el fin de que las personas pierdan el miedo, y así lograr identificar a cada una de las personas que viven y/o desconocen que tienen VIH.

Identificar las barreras hacia la prueba de detección del VIH en jóvenes y adolescentes es crucial para facilitar el diagnóstico precoz, especialmente en los casos que se exponen a un alto riesgo de contraer la infección (56) debido a que este grupo de edad (16 a 25 años) es considerado como el que se encuentra en mayor riesgo de contraer el virus, no por la falta de exámenes o test rápidos de VIH, sino por la confianza en la pareja, el no uso de preservativos, la falta de conocimientos en el riesgo de adquirir la infección y por la existencia de tratamientos que cada vez son más eficaces (56). En el estudio el grupo de edad que va desde los 16 – 25 años fue el que mostró una mayor participación de las diversas campañas, correspondiendo a un porcentaje del 65,53% del total de participantes, este porcentaje es muy significativo puesto que se vio reflejado el interés en los adolescentes y adultos jóvenes en realizarse la prueba de VIH como medida preventiva.

Otro resultado que se evidenció en el estudio es respecto a la nacionalidad de los participantes en donde el 98% aproximadamente de éstos hicieron mención que eran de nacionalidad chilena, es decir, 3.174 personas. Esto es un punto para considerar dentro de los resultados, debido a que desde el año 2015, se ha empezado a marcar una tendencia en los casos confirmados de VIH/SIDA, la cual tiene que ver con una cierta estabilización de los casos de chilenos y un aumento progresivo de extranjeros. En el año 2015 los notificados de nacionalidad chilena correspondían 3.813 (88,5%) y los extranjeros eran 396 (9,2%), para el año 2018, 4.339 casos correspondían a chilenos (62,4%) y 2.580 casos eran extranjeros (37,1%) (57). Con lo anterior, queda reflejado el interés de la población chilena mediante la gran participación en dichas campañas y a la vez, se refleja la toma de conciencia que se está llevando sobre el estado de salud de cada uno de ellos.

El sistema de salud en Chile consta de dos sectores, ya sea, el sector público y el sector privado. El sector público cubre alrededor del 80% de la población nacional. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria, cubren a alrededor de 70% de la población nacional (58). Un 3% adicional está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan al FONASA y que, en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público. En tanto, el sector privado está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo (58). Con respecto a todo lo anterior y haciendo referencia al estudio se evidenció que el 82,56% de los participantes, es decir, 2.685 personas hicieron mención que están cubiertos por los Servicios de Salud del sector público, siendo una cifra concordante con las ya antes mencionadas. Esos resultados nos quieren decir que la mayoría de los participantes son personas que pueden carecer de recursos lo que les permite una oportunidad de atención de manera gratuita o pagar un porcentaje de acuerdo con sus ingresos en los diferentes centros de salud. Por otra parte, en el estudio se pudo determinar que del total de los participantes 287 personas, equivalentes a un 8,83%, mencionaron estar cubiertos por ISAPRE, correspondiendo a uno de los sectores de la población chilena de mayores ingresos.

Si bien dentro de los participantes de las campañas de VIH extra-muro hubo asistentes que están cubiertos por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas estos corresponden a un porcentaje muy inferior, alcanzando alrededor del 0,77% entre CAPREDENA y DIPRECA, de aquello se pudo inferir que esos participantes son beneficiarios de seguros de salud ajenos a las entidades anteriormente mencionadas las cuales brindan atención en instalaciones y proveedores propios tanto a ellos como a sus familias.

Lo que a pueblos originarios respecta según lo establecido en el Censo de 2017 de las 17.076.076 de personas que respondieron la pregunta sobre identificación con un pueblo originario, 12,8% se consideran pertenecientes a algún pueblo indígena u originario, es decir, 2.185.792 personas. De las cuales 49,3% son hombres y 50,7% mujeres (59), si observamos las gráficas se pudo demostrar que en este caso solo el 1,38% se describió como perteneciente a algún pueblo originario, lo cual no es concordante con las estadísticas nacionales y esto se debe principalmente a que los pueblos indígenas de Chile viven principalmente en áreas urbanas. Las regiones Metropolitana (30,1%), Araucanía (19,6%) y Los Lagos (13,1%) tienen la concentración más grande de población indígena. Además, es preocupante el considerable porcentaje de personas que no responde a esta pregunta, lo cual puede ser atribuible a un desconocimiento de la población acerca de su pertenencia a algún pueblo originario.

En el país las estadísticas acerca de la población que expresa una sexualidad diferente son bastante escasas y también consideradas en algunos casos poco representativas, ya que se estima que una parte de esta población todavía considera su orientación sexual como un tema tabú y no siempre lo expresan abiertamente, sin embargo existen algunas cifras que estiman que el 1,98% de las personas que viven en Chile declaran tener una orientación distinta a la heterosexual, según datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (60). Por otro lado, con respecto a la población transexual se desconoce más aún y solo existen estimación que señalan que entre el 0,3% y el 0,5% de la población general se identifica como TRANS. En el caso de esta investigación el 1,23% de los participantes se identificó como TRANS lo cual se expresa como una importante participación en las pesquisas. Por otro lado, y no menos importante es el 0,03% de la población que no responde lo cual permite hacer un alcance real de la participación de personas TRANS en el estudio.

La reactividad es un factor fundamental a la hora de poder establecer la efectividad de las actividades de pesquisa ya que según lo que establece ONUSIDA 38 millones de personas viven con el virus a nivel mundial (2) y, en Chile, según cifras de 2019, existen 71.000 personas (un aumento de 82% desde el 2010), lo que deja a Chile como líder en el continente con una incidencia de 7%, siendo los jóvenes entre 15 y 25 años, quienes más han aumentado en contagios. Teniendo en cuenta lo anterior es que se pudo establecer que no existe concordancia entre las estadísticas entregadas a nivel nacional y las obtenidas en este estudio, ya que si bien la participación de los rangos etarios considerados como los de mayor incidencia son considerablemente altos con respecto a otros rangos etarios que no son considerados como de alta incidencia de están enfermedad, estos son insignificantes con los datos nacionales, pudiendo tener como causa diferentes factores tales como la ubicación demográfica donde se realizan estas campañas, los horarios en que se realiza, entre otros.

Con respecto a las variables combinadas nos permitieron esclarecer que la población que ha sido mayoría en este tipo de campañas correspondió a mujeres jóvenes que se sitúan entre los 16 y 25 año, pudiendo atribuirse principalmente a que se establece que en su mayoría son las mujeres las que tiene una mayor concurrencia a diversos servicios asistenciales y por ende un mayor compromiso sanitario (61). Los hombres, por otra parte, son más reacios a acudir a servicios asistenciales, sin embargo, estas campañas extra-muro permitieron una importante participación masculina que se establece entre las edades de riesgo, esto se debe principalmente a que al ser actividades extra-muro se rompe con la barrera que existe entre los hombres jóvenes y los servicios asistenciales.

10. CONCLUSIÓN

El universo muestral del estudio fue de 3.252 participantes que asistieron a las diferentes campañas de VIH extra-muro para la detección de VIH en eventos populares y vía pública que se realizó en el periodo 2018 – 2019 en la Región del Maule, con respecto a la información que fue entregada se pudo determinar que la población de sexo femenino fue la que presentó un dominio de participación en este tipo de campañas y se destacó por presentar una participación predominante frente a la población masculina en casi todos los rangos etarios, a excepción del rango etario de entre 10 a 15 años donde la población masculina presentó una mayor participación. También, se evidenció que la mayor participación se encuentra entre las edades que van desde los 16 a 30 años presentando una asistencia destacada del rango etario que se sitúa entre los 21 y 25 años.

Si bien se evidenció la participación de una diversidad de países, la gran mayoría de los participantes eran de nacionalidad chilena. Sin embargo, dentro de los sujetos que participaron de este estudio destacaron su asistencia aquellos de nacionalidad venezolana, seguida por la nacionalidad haitiana.

Con respecto al tipo de previsión social se pudo destacar entre los participantes de este estudio que se encuentran cubiertos por FONASA, ISAPRE y personas que expresan no tener ningún tipo de previsión, siendo la primera de éstas (FONASA) la que presentó un mayor porcentaje de adhesión por parte de los sujetos del estudio, alcanzando un 82,56% del total de participantes.

Las estadísticas de la población TRANS en Chile siguen siendo en su mayoría bastante escasas, el porcentaje de participación en este tipo de campañas es considerado como alto en comparación al porcentaje de personas que a nivel nacional se consideran TRANS. Y, por otro lado, la población perteneciente a pueblos originarios no presentó números representativos en

comparación a las estadísticas nacionales lo cual se pudo atribuir a la ubicación demográfica en donde se centró este estudio.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) VIH / SIDA. Organización Mundial de la Salud. (2020). Recuperado el 7 de agosto de 2020, de https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/#:~:text=El%20virus%20de%20la%20inmunodeficiencia,con%20la%20consiguiente%20%22inmunodeficiencia%22.
- (2) ONUSIDA. (2019). ONUSIDA. Recuperado el 7 de agosto de 2020, de Datos mundiales sobre el VIH, datos regionales, terapia antirretrovírica a nivel regional: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- (3) Ferrer, L., Cianelli, R., & Bernales, M. (2009). VIH y SIDA en Chile: desafíos para su prevención. *Temas de la agenda pública*, 4(24), 1-11.
- (4) Facultades exactas. (2016). Diagnóstico de VIH y otras ITS. Recuperado el 19 de julio de 2020, from <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/91508>
- (5) Soto Ramírez, Luis Enrique. (2004). Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 143-152. Recuperado en 14 de septiembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200005&lng=es&tlng=es.
- (6) Tang, H., L Kuhen, K., & Wong-Staal, F. (2020). Lentivirus Replication and Regulation. Recuperado el 15 de septiembre, from <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.genet.33.1.133?journalCode=genet>
- (7) Estructura y Replicación VIH | Calcsicova. (2010). Recuperado el 15 de septiembre 2020, from <http://www.calcsicova.org/es/estructura-y-replicaci%C3%B3n-vih>
- (8) Hubert, Jean-Baptiste^a; Burgard, Marianne^c; Dussaix, Elisabeth^d; Tamalet, Catherine^e; Deveau, Christiane^a; Le Chenadec, Jérôme^a; Chaix, Marie-Laure^c; Marchadier, Eric^d; Vildé, Jean-Louis^f; Delfraissy, Jean-François^b; Meyer, Laurence^a; Rouzioux, Christine* the SEROCO Study Group Natural history of serum HIV-1 RNA levels in 330 patients with a known date of infection, *AIDS: January 28th, 2000 - Volume 14 - Issue 2 - p 123-131*
- (9) H, S., W, L., & E, V. (1993). Europe PMC. Recuperado el 5 de septiembre 2020, from <https://europepmc.org/article/med/8105806>
- (10) Buchbinder S, Vittinghoff E, HIV-infected long-term nonprogressors: epidemiology, mechanisms of delayed progression,

and clinical and research implications, *microbes infect* (France) 1999. Recuperado el 2 de septiembre de 2020 de [https://doi.org/10.1016/S1286-4579\(99\)00204-X](https://doi.org/10.1016/S1286-4579(99)00204-X)

- (11) McNicholl JM, Smith DK, Qari SH, Hodge T. Host genes and HIV: the role of the chemokine receptor gene CCR5 and its allele (delta32 CCR5). *Emerg Infect Dis* 1997 recuperado el 25 de agosto de 2020 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627644/>
- (12) VIH / SIDA. (2015). Retrieved 15 September 2020, from https://www.minsal.cl/vih_sida/#:~:text=El%20Virus%20de,infecci%C3%B3n%20producida%20por%20este%20virus.
- (13) GONZALEZ CHAMERO, M. (2008). VIH. Prevención y ayuda farmacéutica. Retrieved 15 September 2020, from <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-vih-prevencion-ayuda-farmaceutica-13120525>
- (14) Bernal, Fernando. (2016). *FARMACOLOGÍA DE LOS ANTIRRETROVIRALES*. 2020, septiembre 14, de ELSEVIER Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-farmacologia-de-los-antirretrovirales-S0716864016300943>
- (15) Alder, A., Mounier-Jack, S., & Coker, R. (2009). Late diagnosis of HIV in Europe: definitional and public health challenges. recuperado el 2 de agosto de 2020, from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540120802183537>
- (16) Olalla, P., & Caylà, J. (2012). ¿Es posible disminuir el retraso diagnóstico en la infección por VIH? Recuperado el 5 de agosto de 2020, from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3676329>
- (17) Jessika Deblonde, Petra De Koker, Françoise F. Hamers, Johann Fontaine, Stanley Luchters, Marleen Temmerman, Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review, *European Journal of Public Health*, Volume 20, Issue 4, August 2010, Pages 422–432, Recuperado el 12 de julio de 2020 <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp231>
- (18) Morran, m., Rivero, A., Fernández, E., & Proveda, T. (2018). Elsevier. Recuperado el 12 de agosto de 2020, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X18302398>
- (19) Cáceres, Karen, & Pino, Rodolfo. (2018). Estimaciones poblacionales sobre VIH en Chile 2017 SPECTRUM, ONUSIDA. *Revista chilena de infectología*, 35(6), 642-648. Recuperado el 20 de agosto de 2020 <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182018000600642>

- (20) Ortíz, P., & Eguilior, B. (2017). Test rápido de VIH en el Primer Nivel de Atención: el rol del Trabajador Social en el equipo de salud. Recuperado el 17 de julio de 2020, from <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/63519>
- (21) Zigman, J. (2018). "Arica tiene VIH, ¿y tú?" El rol del test rápido de VIH en el diagnóstico oportuno para jóvenes de la comuna de Arica, Chile / "Arica has HIV, ¿and you?" The role of the rapid HIV test in the timely diagnosis for young people in the district of Arica, Chile. Retrieved 13 August 2020, from https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2776
- (22) Subsecretaria de Salud Publica (Julio 23, 2012) Circular 25: imparte instrucciones respecto de la realización de atenciones de salud que ejecutan profesionales sanitarios http://normativas.minsal.cl/CIRCULARES/CIRCULAR_25_12_SP.pdf [consultado 17 de septiembre, 2020]
- (23) Subsecretaría de Salud Pública (2009) Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH https://www.hhha.cl/transparencia/en/normas/vih_manualdiagnostico.pdf [consultado 17 de septiembre, 2020]
- (24) Ministerio de salud (2019). Directrices para Detección del VIH a través de Test Visual/Rápido en acciones Intra y Extramuro, capacitación Municipalidad Viña del Mar. [https://www.cmvm.cl/content/salud/biblioteca/vih/PPT%20JORNADA%20CAPACITACION%20MATRONAS%202009.01.2019/3.-Directrices%20Test%20visual%20VIH%202009.01.2019%20\(CMVM\).pdf](https://www.cmvm.cl/content/salud/biblioteca/vih/PPT%20JORNADA%20CAPACITACION%20MATRONAS%202009.01.2019/3.-Directrices%20Test%20visual%20VIH%202009.01.2019%20(CMVM).pdf) [consultado 15 de septiembre, 2020]
- (25) Instituto de Salud Pública Chile (2008) Norma técnica para el transporte de sustancias infecciosas a nivel nacional hacia el ISP <http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2013/03/normativa02.pdf> [consultado 15 de septiembre, 2020]
- (26) Oxford Languages and Google - Spanish | Oxford Languages. (2021). Recuperado el 22 Abril 2021, from <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>
- (27) Prevención del VIH [Internet]. Unaid.org. 2021 [cited 15 June 2021]. Available from: <https://www.unaids.org/es/topic/prevention>
- (28) Preservativos masculinos - Mayo Clinic. (2021). Recuperado 9 Abril 2021, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/condoms/about/pac-20385063>
- (29) Sexualidad, D., & femenino, P. (2018). Recuperado 13 Abril 2021, from <https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/preservativo-femenino.html>

- (30) ONUSIDA. (2017). Circuncisión médica masculina voluntaria. Recuperado 12 Abril 2021, from https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/october/20161017_voluntary-medical-male-circumcision
- (31) Bibliotecaminsal.cl. [cited 2021]. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/01/factsforlife-sp-part12.pdf>
- (32) Maquera-Afaray, Julio, Cvetkovic-Vega, Aleksandar, Cárdenas, Matlin M, Kälviäinen, Helga, & Mejia, Christian R. (2016). Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada de VIH en pacientes adultos en un hospital de la seguridad social de Perú. *Revista chilena de infectología*, 33(Supl. 1), 20-26. Recuperado el 26 de julio de 2020 <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000700003>
- (33) Espada JP, Guillén-Riquelme A, Morales A, Orgilés M, Sierra JC. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Aten Primaria*. 2014;46(10):558–64.
- (34) Onusida. (2020). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Retrieved 25 May 2021, from <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- (35) Roldán, D., Calzadilla, P., Zárata, A., Núñez, A., & Narvárez, V. (2018). Tendencias de la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Chile, según edad y género 2010-2017. Recuerdo el 7 de agosto de 2020, from <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/80949>
- (36) Valdés R Enrique, Sepúlveda M Alvaro, Candia P Paula, Sepúlveda B Carolina, Lattes A Karinna. VIH/SIDA: COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL EN EL CONTEXTO GENERAL DE LA INFECCIÓN EN CHILE. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2011 [citado 2021 Jul 11] ; 76(1): 52-57. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000100011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000100011>.
- (37) Ministerio de Salud de Chile. CONASIDA. Estrategia de atención integral a personas que viven con VIH/ SIDA. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, 2006;1-13. recuperado el 17 de julio de 2020: www.minsal.cl
- (38) Pérez, C. (2019). Aumento de casos de infección por VIH en Chile. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 44(3), 3. Recuperado el 17 de julio de 2020 de <https://doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1619>

- (39) Morales SA, Arboleda Álvarez OL, Segura Cardona Ángela M. Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Rev. salud pública* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 11 de julio de 2021];16(1):27-39. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/30659>
- (40) LILIAN FERRER, M. (2009). VIH y SIDA en Chile: desafíos para su prevención. Recuperado el 2 de agosto de 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5103628/#R16>
- (41) Francisco, Márcio Tadeu Ribeiro, Fonte, Vinícius Rodríguez Fernández da, Pinheiro, Carina D'Onofrio Prince, Silva, Monyque Evelyn dos Santos, Spindola, Thelma, & Lima, Dalmo Valério Machado de. (2019). La realización del test diagnóstico para el VIH entre los participantes del carnaval. *Enfermería Global*, 18(53), 134-182. recuperado el 17 de julio de. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.306001>
- (42) Bonila, I. (2018). Retrieved 25 May 2021, from <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/VIH-SIDA-objetivo-90-90-90>
- (43) onusida. (2018). 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida [PDF].
- (44) Seffner F, Parker R. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 recuperado el 17 de julio de 2020 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200293&lng=en.
- (45) Sánchez Maldonado, M., Terrón Blanco, J., & Lozano Rendón, J. (2016). Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/sida en cinco diarios mexicanos de 2012 a 2013. Recuperado el 17 de julio de 2020, from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-252X2016000100004&script=sci_arttext
- (46) ONUSIDA. (2019). ONUSIDA. Retrieved 25 May 2021, from <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Otros%20Organismos%20y%20Fondos/ONUSIDA.aspx>
- (47) Ministerio de Salud. PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA E ITS 2018-2019. 2018.
- (48) Educacionsexual.uchile.cl. 2021. *Conceptos de género, sexualidad y roles de género - Programa de Educación Sexual*. [online] Available at: <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/conceptos-de-genero-sexualidad-y-roles-de-genero> [Accessed 16 May 2021].

- (49) ASALE, R., 2021. *edad* / *Diccionario de la lengua española*. [online] «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Available at: <<https://dle.rae.es/edad>> [Accessed 15 May 2021].
- (50) ASALE, R., 2021. *nacionalidad* / *Diccionario de la lengua española*. [online] «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Available at: <<https://dle.rae.es/nacionalidad>> [Accessed 15 May 2021].
- (51) Seguros y Pensiones para todos. 2021. *Qué es la Previsión Social - Seguros y Pensiones para Todos*. [online] Available at: <<https://segurosypensionesparatodos.fundacionmapfre.org/syp/es/pensiones/origen-evolucion/que-es/>> [Accessed 15 May 2021].
- (52) Enríquez, Z., 2021. *Aborígenes, indígenas, originarios. ¿Cuál es la diferencia entre cada término?*. [online] Cultura.gob.ar. Available at: <https://www.cultura.gob.ar/aborigenes-indigenas-originarios-a-que-refiere-cada-termino_6293/> [Accessed 15 May 2021].
- (53) <https://www.apa.org>. 2021. *Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género*. [online] Available at: <<https://www.apa.org/topics/lgbtq/transgenero#:~:text=Transg%C3%A9nero%20es%20un%20t%C3%A9rmino%20global,se%20les%20asign%C3%B3%20al%20nacer.&text=EI%20prefijo%20%22trans%22%20se%20usa,abreviar%20la%20palabra%20%22transg%C3%A9nero%22.>>> [Accessed 16 May 2021].
- (54) Rcmdr.com. (2013). Recuperado 20 septiembre 2020, from <https://www.rcommander.com/>
- (55) Clínicas de Chile. 2021. *VIH/sida: Campaña nacional del Minsal realizó 35 mil tests rápido*. [online] Available at: <<https://www.clinicasdechile.cl/noticias/vihsida-campana-nacional-del-minsal-realizo-35-mil-tests-rapidos-y-confirio-solo-61-casos-nuevos/#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20an%C3%A1lisis,entre%2020%20y%2029%20a%C3%B1os.>>> [Accessed 19 May 2021].
- (56) Morales Alexandra, Espada José P., Orgilés Mireia. Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention* [Internet]. 2016 [citado 2021 Jun 27] ; 25(3): 135-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592016000300135&lng=es. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.06.002>.
- (57) Lampert Grassi, M., 2019. *Programas de VIH/SIDA: 2010-2018. Prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control*. [ebook] Available at:

<https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27412/1/BCN__2010_2018_programas_prevencion_tratamiento_VIHSIDA_final.pdf> [Accessed 16 May 2021].

- (58) 1. Becerril-Montekio V, Reyes J, Manuel A. Sistema de salud de Chile [Internet]. Scielosp.org. 2011 [cited 16 June 2021]. Available from: <https://scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s132-s142/#ModalArticles>
- (59) CENSO. (2017). WEB DISEMINACIÓN CENSO 2017 WEB DISEMINACIÓN CENSO 2017. Recuperado el 26 junio 2021, de <http://resultados.censo2017.cl/>
- (60) Casen. (2017). Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Recuperado el 26 junio 2021, desde <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-20171>
- (61) Rosa-Jiménez, F., Montijano Cabrera, A., Ília Herráiz Montalvo, C., & Zambrana García, J. (2005). ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? Recuperado el 26 junio 2021, desde https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005001100003